

Opinnäytetyö (YAMK)

Terveysala

Sosiaali- ja terveysalan johtaminen ja kehittäminen

2014

Sari Karlstedt

POTILAAN OMAHOITO HEMODIALYYSIOSASTOLLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Sari Karlstedt

POTILAAN OMAHOITO HEMODIALYYSIOSASTOLLA

Omahoito on potilaslähtöistä toimintaa, jossa potilas ottaa vastuuta hoidostaan ja alkaa suunnitella sekä toteuttaa sitä tasavertaisena hoitohenkilöstön opastuksella ja avustamana. Hoitohenkilöstö tukee potilaan voimaantumista sekä motivoi, ohjaa ja valmentaa potilasta omahoidon toteuttamisessa. Tämä kehittämisprojekti liittyy SAS 2016 -hankkeeseen, jonka tarkoituksena on rakentaa aluesairaalaan uudet tilat ja joiden toiminta tulee noudattaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yleisesti sovittuja palveluprofiileja, kuten potilaslähtöiset toimintaprosessit.

Tämän kehittämisprojektin tavoitteena oli tehdä potilaslähtöinen hoitoprosessimalli Salon aluesairaalan hemodialyysiosastolle. Mallin tarkoituksena oli kehittää hemodialyysipotilaiden eri vaiheita osastolla lisäämällä potilaslähtöistä omahoitoa. Tarkoitus oli, että hoitajat ottavat mallin mukaisen toimintatavan käyttöönsä ja sen myötä muuttavat toimintaansa potilaan omahoitoa tukeväksi, kannustavaksi ja mahdollistavaksi.

Kehittämisprojektin soveltavan tutkimuksen osion tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten uusi omahoitoa lisäävä potilaslähtöinen hoitoprosessimalli toimi dialyysihoitajien mielestä Salon aluesairaalan hemodialyysiosastolla. Tutkimusmenetelmänä oli teemahaastattelu, joka toteutettiin ryhmähaastatteluina. Haastatteluihin osallistui kuusi sairaanhoitajaa. Analyysit tehtiin soveltaen laadullista sisällönanalyysiä.

Haastatteluista saatujen tulosten perusteella hoitoprosessimalli on käyttökelpoinen osastolla, kun se muuttaa uuteen ympäristöön ja suurempiin tiloihin. Nykyisellä osastolla käytön esteenä koettiin sijainti vuodeosaston yhteydessä, pienet tilat, aika ja omahoitoon soveltumattomat hoitovälineet. Potilasohjaukseen kaivattiin koulutusta. Omahoidon sujuminen vaatii koko hoitohenkilöstön yhteistyötä sekä yhteistyötä Turun yliopistollisen keskussairaalan hemodialyysiosastojen kuin munuaistautien prepoliklinikan henkilöstön kanssa.

ASIASANAT:

Omahoito, hemodialyysi, potilasohjaus, motivoiva haastattelu, voimaantuminen

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health Care | Master's Degree Programme in Management and Leadership in Health Care

May 2014 | 51 + 3 appendices

Sari Karlstedt

PATIENTS' SELF-MANAGEMENT IN HAEMODIALYSIS WARD

Self-management is patient-centered activity. Patients take responsibility for their own care. They begin to plan and implement treatments under the guidance of the nursing staff. The nursing staff support patients for their empowerment and they motivate, guide and coach the patients to implement self-management.

The aim of the project was to develop the patient-centered self-management process model for the new hemodialysis ward in the Salo Regional Hospital. The purpose was to increase the hemodialysis patients' self-management. This development project was a part of SAS 2016 – project. The SAS 2016 project aims to build new premises and facilities, which services must comply with the agreed service profiles in the Hospital District of Southwest Finland, such as the patient-centered operation process.

The aim of the research part was to obtain information on how the new self-management care process model worked in the new haemodialysis ward in the Salo Regional Hospital. The research method was theme interviews, which were conducted as group interviews. Six nurses took part in the interviews. The analyses were performed by applying a qualitative content analysis.

Based on the results obtained from the interviews, the self-management process model is useful in the ward when it moves to a new environment and larger premises. As an obstacle to the use was the current ward's location within a hospital ward. The small spaces, time and unsuitable care facilities were seen as an obstacle, also training for patient counseling was needed. Self-managements progress requires cooperation of the whole nursing staff, including cooperation with the haemodialysis wards and the kidney disease clinic staff in The Hospital District of Southwest Finland.

KEYWORDS:

Self-management, haemodialysis, patient education, motivational interview, empowerment

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	7
2.1 Hemodialyysi	7
2.2 Omahoito	9
2.3 Hoitoprosessi	11
2.4 Potilasohjaus	13
2.4.1 Muutosvaihemalli	15
2.4.2 Motivoiva haastattelu	16
2.4.3 Voimaantumisen	17
3 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT	19
3.1 Kehittämiprojektin tarve	19
3.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus	19
3.3 Kehittämiprojektin kohdeorganisaatio ja lähtötilanne	20
3.4 Kehittämiprojektin toteutus	23
3.5 Kehittämiprojektin organisaatio	25
3.6 Projektiryhmän kehittämä alustava hoitoprosessimalli	26
4 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO	29
4.1 Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	29
4.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	29
4.3 Aineiston analyysi	30
4.4 Tutkimustulokset	31
4.4.1 Potilaslähtöisen hoitoprosessin toimivuus	31
4.4.2 Potilaslähtöisen hoitoprosessin käyttöönoton ympäristövaatimukset	32
4.4.3 Potilaslähtöisen hoitoprosessin käyttöönottovalmiudet	34
4.5 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	35
4.6 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	37
5 HEMODIALYYSIPOTILAAN OMAHOITOA LISÄÄVÄ HOITOPROSESSIMALLI	40
6 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI	44
7 POHDINTA	46
LÄHTEET	48

LIITTEET

- Liite 1. Ryhmähaastattelukysymykset
- Liite 2. Tiedote haastattelusta
- Liite 3. Suostumuslomake haastatteluun

KUVIOT

Kuvio 1. Omahoidon hoitosuunnitelma-prosessi	12
Kuvio 2. Muutosvaiheen malli	15
Kuvio 3. Hemodialyysipotilaan hoitopolku	20
Kuvio 4. Potilaan hoitoprosessi Salon aluesairaalan hemodialyysiosastolla	22
Kuvio 5. Kehittämisprojektin toteuttamisen vaiheet	24
Kuvio 6. Projektiorganisaatio	25
Kuvio 7. Alustava hemodialyysipotilaan omahoitoa lisäävä hoitoprosessimalli	27
Kuvio 8. Hemodialyysipotilaan omahoitoa lisäävä hoitoprosessimalli	41

1 JOHDANTO

Kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastava potilas voi päätyä hemodialyysihoitoon, mikä on potilasta paljon sitova hoitomuoto. Potilas käy sairaalassa säännöllisesti kolme kertaa viikossa neljän – viiden tunnin hoidoissa tuntematta loma-aikaa. Viikossa pelkät hoidot vievät häneltä aikaa 12–15 tuntia, tähän lisätään vielä hoidon aloitukset ja lopetukset sekä matkoihin kuluva aika. Sairaalaympäristössä potilaat omaksuvat usein sairaan sekä hoidettavan roolin, jolloin hoitohenkilöstö ottaa kaiken vastuun hoidosta (Malmström, Muroma-Karttunen & Honkanen 2005, 61). Salon aluesairaalan hemodialyysipotilaiden omaa osallistumista hoitoonsa, sen toteuttamiseen ja päätöksentekoa on tarkoitettu lisätä hoitoprosessissa. Jotta potilaan omahoitoa voidaan lisätä, dialyysihoidajien tulee sisäistää uusi potilaslähtöinen toimintatapa sekä lisääntyvä ohjaus. Muutos uuteen toimintatapaan tarvitsee aikaa, varsinkin alussa. Myös koulutusta tarvitaan asian sisäistämiseen ja ohjauksen antamiseen (Kääriäinen 2007, 103). Potilaan omahoidon lisääntyessä muun muassa hänen odotusaikansa lyhenee. Hän ei ole koko ajan riippuvainen hoitajasta, vaan hän voi itsenäisesti aloittaa hoitoansa. Tällöin hoitajilta jää aikaa enemmän hoitaa omahoitoon kykenemättömiä potilaita. Omahoidon lisäämisellä pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua (Doss, DePascal & Hadley 2011, 115–119).

Tämä kehittämisprojekti liittyy SAS 2016 -hankkeeseen. Projektissa kehitettiin Salon aluesairaalan hemodialyysipotilaan hoitoprosessia omahoitoa lisäävästi. Onnistuneeseen omahoidon tukemiseen, ohjaukseen ja voimaantumiseen liittyy yksilöllinen potilaslähtöinen tilannekartoitus. Hoitajien asenteet ja tiedot sekä resurssit, kuten ympäristö, aika ja hoitovälineet, ovat oleellinen osa onnistunutta omahoitoa. Muutosvaihe tapahtuu eri ihmisillä eri aikataululla, eikä kaikilla potilailla muutosta toteudu lainkaan. Muutosvaiheenmallia voidaan tässä työssä käyttää myös hoitajien hoito- ja ajattelutavan muuttamiseen, jotta saadaan uusi hoitoprosessimallin mukainen toiminta sisäistettyä ja käytännön toimintaan Salon aluesairaalan hemodialyysihoidajien sekä -potilaiden keskuudessa.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Hemodialyysi

Dialyysi- eli keinomunuaishoitoon potilas päätyy silloin, kun hänen molemmat munuaisensa eivät jostain syystä enää toimi. Munuaisten vajaatoimintaa voivat aiheuttaa muun muassa diabetes, erilaiset tulehdukset munuaisissa tai verisuonissa, verenpainetauti ja verisuonten kalkkeutuminen. Myös kasvaimet ja myrkytykset voivat aiheuttaa munuaisen tai munuaisten toimimattomuuden. Munuaisten vajaatoiminta on etenevä sairaus, joka voi lopulta aiheuttaa potilaalle dialyysin tarpeen. Dialyysihoito on elämää ylläpitävää hoitoa, joka voi lisätä potilaan elinaikaa kymmenillä vuosilla. Siinä hoidetaan potilaan nestetasapainoa eli potilaasta poistetaan nestettä ja kuona-aineita, mikä korjaa osaltaan elimistön kalium-, kalsium- ja fosforitasapainoa sekä happo-emästasapainoa. Hoitomuoto valitaan potilaalle yksilöllisesti. Hoidot voidaan toteuttaa veriteitse eli hemodialyysinä tai vatsakalvo- eli peritoneaalidialyysinä (PD-hoito). PD-hoidossa potilaan omaa vatsakalvoa käytetään hyväksi veren puhdistuksessa. PD-hoidot tehdään itsenäisesti tai avustettuna kotona vatsaonteloon asennetun katetrin kautta. Hemodialyysi tehdään joko sairaalassa tai potilaan kotona niin sanottuna kotihemodialyysinä, jolloin potilas tai hänen omaisensa on opetettu tekemään hoito täysin itsenäisesti. (Munuais- ja maksaliitto 2013a.)

Hemodialyysi eli niin sanottu veren suodattaminen tapahtuu veriteitse. Veri puhdistetaan kuona-aineista ja nestettä poistetaan erillisen keinomunuaisen ja dialyysikoneen avulla. Hoitoa varten potilaalle on tehty, esimerkiksi käteen, veritie, A-V -fisteli, jossa valtimo- ja laskimosuoni on yhdistetty tai veritie on tehty keinosuonesta. Tämä pyritään, jos mahdollista, tekemään potilaalle jo hyvissä ajoin ennen hemodialyysihoitojen aloittamista. Joka kerta hoidon alussa veritiehen pistetään neulat, joiden avulla veri saadaan kiertämään potilaasta koneeseen ja keinomunuaiseen ja taas takaisin potilaaseen. Hoidon lopussa neulat poistetaan. Jos veritien rakentaminen ei onnistu, voidaan hemodialyysi tehdä esimerkiksi kaulaan asennettavan keskuslaskimokatetrin kautta. Potilaan dia-

lyysiaika on yleensä 4–5 tuntia kerrallaan, kolme kertaa viikossa. Sairaalaoloaikaa lisää hoidon aloittaminen ja lopettaminen. Matkoihin kuluvat ajat lisäävät potilaan hoidon kokonaisaikaa. Dialyysihoito on potilaalle toimenpiteenä raskas ja sitova. Onnistuneeseen kokonaishoitoon kuuluu myös nesterajoitusten ja ruokavalion sekä lääkehoidon noudattaminen. (Honkanen & Ekstrand 2006, 1700; Munuais- ja maksaliitto 2013a.)

Suomessa oli vuoden 2011 lopussa 1445 hemodialyysipotilasta ja määrän on ennustettu lisääntyvän (Suomen munuaistautirekisterin vuosiraportti 2011, 21). Kehittyneiden ja monipuolistuneiden hemodialyysihoitojen johdosta nykyiset hemodialyysipotilaat voivat aikaisempaa paremmin ja elävät kauemmin (Honkanen & Ekstrand 2006, 1699; Honkanen 2011, 12). Väestön vanheneminen, diabetes ja varsinkin diabeteksen tyyppi 2 on suurin syy dialyysihoitoihin (Met-särinne 2006, 1713–1714; Suomen munuaistautirekisterin vuosiraportti 2011, 12). Tyypin 2 diabeteksen esiintyvyyden ennustetaan kaksinkertaistuvan 12 vuoden välein. Vuonna 2007 tyypin 2 sairastuneita oli noin 245 000. (Koski 2010, 8). Tutkimukset osoittavat, että dialyysiä ei pidä aloittaa liian aikaisin, sillä se saattaa nopeuttaa jäljellä olevan munuaisten toiminnan heikkenemistä ja iäkkäille henkilöille raskaat hoidot saattavat aiheuttaa elämänlaadun alenemista (Rosansky, Eggers, Jackson, Glasscock & Clark 2011, 397–399). Dialyysihoitoja aloitetaan yhä iäkkäämmillä. Esimerkiksi Suomessa vuonna 1990 vain yksi uusi dialyysipotilas oli yli 75-vuotias, kun taas vuonna 2005 heitä oli 103. Vuonna 2011 uusia aktiivihoitoja aloitettiin 84:lle yli 75 vuotta täyttäneelle. (Finne & Grönhagen-Riska 2007, 3039; Suomen munuaistautirekisterin vuosiraportti 2011, 9.) Iäkkäimmillä dialyysipotilailla on usein liitännäissairauksia, kuten sydän- ja verisuonitauteja, ja heidän toimintakykynsä saattaa olla heikentynyt niin, että he tarvitsevat enemmän sairaala- ja laitoshoidoa kuin muut. Heillä on usein myös dialyysihoitoon liittyviä ongelmia, kuten verenpaineen laskua. Liitännäissairauksien lisäksi potilaan alentunut omatoimisuus ja toiminnallisuus vaikuttavat dialyysipotilaan pysyvään laitoshoidoon joutumiseen. (Saha 2008, 3659–3660.)

2.2 Omahoito

Perinteisesti potilaan rooli on ollut noudattaa hoitohenkilöstön ohjeita niitä sen enempää kritisoimatta tai ymmärtämättä sekä ottaa passiivisesti vastaan annettu hoito. Edelleenkin ajatellaan, että hoitohenkilöstö koostuu asiantuntijoista ja tämän myötä heillä on ja heille annetaan valtaa sekä vastuuta päättää asioista potilaan puolesta. (Kangas 2005, 6.) Omahoito on potilaslähtöistä toimintaa, jossa potilas ottaa vastuuta hoidostaan ja alkaa suunnitella sekä toteuttaa sitä ammattihenkilöiden opastuksella ja avustamalla. Potilaslähtöiseen toimintaan kuuluu, että hoitoja toteutetaan potilaan yksilöllisten tarpeiden eikä osaston näkökulmasta. (Virtanen, Suoheimo, Lamminmäki, Ahonen & Suokas 2011, 18). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785, 6 §) todetaan, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä. Hoitaja ei asetu potilaan yläpuolelle niin sanotuksi käskyttäjäksi eikä tee potilaan puolesta päätöksiä, vaan hän tekee kumppanina yhteistyötä potilaan kanssa ottaen huomioon tämän itsemääräämisoikeuden. Potilas saa käyttää omaa valtaansa hoidon päätöksenteossa ja toteuttamisessa. Hoitohenkilöstö toimii tasavertaisena valmentajana ja opastajana. Ohjauksessa otetaan huomioon potilaan toiveet ja lähtökohdat, kuten aikaisempi tieto, osaaminen ja kokemukset sekä asenne, motivaatio ja elämäntilanne. Näin omahoito voidaan suunnitella yksilöllisesti ja turvallisesti. Hoitohenkilöstö arvioi potilaan kykyä omahoitoon joka kerta, kun se tapaa tämän. Tämä huomioon ottaen tuetaan hänen motivaatiotaan sekä rohkaistaan, kannustetaan ja luodaan uskoa oman hoitonsa osaamiseen. Tämä lisää potilastyytyväisyyttä ja edistää myönteisesti omahoitoa. Potilaiden omahoidon tukemisesta on saatu hyvää näyttöä. Se korostuu pitkäaikaissairaiden, kuten hemodialyysipotilaiden, hoidossa. (Kääriäinen 2007, 120–123; Routasalo & Pitkälä 2009, 5–10; Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010, 1917–1922; Säynäjäkangas, Andersen, Lampela & Keistinen 2011, 664).

Kouhulan (2008, 42–45) mukaan yksilöllinen hoito, jota potilas voi toteuttaa itsenäisesti tai osittain hemodialyysissä, lisää hänen toivoaan. Motivointi ja kannustaminen vahvistavat hänen voimavarojaan hänen toteuttaessaan hoitoaan. Motivoitunut potilas voi olla kannustimena toiselle hemodialyysipotilaalle toteut-

taa omahoitoa. Dialyysihoitaja ajattelee potilaslähtöisesti, kun hän mieltää potilaan oman hoitonsa asiantuntijaksi. Omahoidon onnistumiselle on tärkeää dialyysihoitajan antama ohjaus. Potilaan pitää saada hoitoon liittyviä tietoja ja taitoja sekä mahdollisuus omaksua ne. Muutos tapahtuu potilaan ehdoilla ja aikataululla. Aina potilaat eivät ole valmiita ohjaukselle. Hoitohenkilökunnan asiantuntemus, asenteet, toimintatavat ja potilaan motivaation herättäminen vaikuttavat potilaan omahoidon tukemiseen ja toteuttamiseen. Potilasta kunnioittava, häntä kuunteleva, ymmärtävä, tukeva sekä rohkaiseva ja kannustava asenne tukee hänen pystyvyyden tunnettaan ja sitä kautta vahvistaa omahoidon toteuttamista. (Saarelma, Lommi, Hemminki, Leppäkoski & Siefen 2008, 4446; Routasalo & Pitkälä 2009, 31–33; Routasalo ym. 2010, 1917.)

Hoitohenkilöstö voi olla esteenä potilaan omahoidon onnistumiselle. Jos hoitohenkilöstön antama potilaslähtöinen tuki tai oikea tieto omahoidon toteuttamiseen puuttuu tai potilasta painostetaan liiallisesti omahoitoon, saattaa omahoidon toteuttaminen epäonnistua ja potilaan halu sitä toteuttaa laantua. Omahoidon aloitettaessa hoitohenkilöstöltä vie aikaa, kun se selvittää potilaan yksilölliset tarpeet ja osoittaa potilaalle omahoidon hyödyt. (Richard 2006, 392.)

Dialyysihoidoissa potilas nähdään usein passiivisena, hoitoa saavana osapuolena, jota hoitohenkilöstö hoidon osaajana ja päätöksentekijänä hoitaa. Nykyään siirrytään yhä enemmän sairauslähtöisyydestä potilaslähtöisyyteen ja otetaan yhä enemmän potilas huomioon. Hoitoa kehitetään niin, että potilas on enemmän aktiivisena osapuolena kuin ennen. Tämä vaatii potilaan ja hoitajan yhteistyötä ja tasavertaista suhdetta. (Tanttu 2007, 193; Doss ym. 2011, 115–119; Virtanen ym. 2011, 18–19.) Tibblesin, Bovillin, Reenin ja Vinenin (2009, 33) mukaan omahoidon myötä potilas sopeutuu sairauden vaatimaan säännöllisyyteen ja kiinnostus omaan vointiin paranee. Potilaalle annettu yksilöllinen ohjaus ja psykososiaalinen tuki, jotka kohdistuvat potilaan luottamuksen kasvuun ja kykyyn toteuttaa omaa hoitoaan, on todettu tehokkaiksi (Reid, Hall, Boys, Lewis & Chang 2011, 83). Dialyysipotilaan omahoidon tarkoituksena hemodialyysissä on, että potilas tekee niin paljon kuin mahdollista omaan hoitoonsa liittyviä toimenpiteitä ja päätöksiä hoidostaan. Osatessaan jo toimenpiteitä, hän

on yhä vähemmän riippuvainen hoitajasta ja hoitajan ajasta. Näin voidaan vähentää potilaan turhia odotusaikoja, ja hoitaja voi keskittyä enemmän potilaisiin, jotka eivät kykene omahoitoon. (Tibbles ym. 2009, 31–34.) Honkasen ja Ekstrandin (2006, 1700) mukaan hemodialyysipotilaille on tärkeää kertoa omahoidosta jo ennen hoitojen alkamista sekä aloittaa sen mukainen toiminta heti, kun hoidot alkavat.

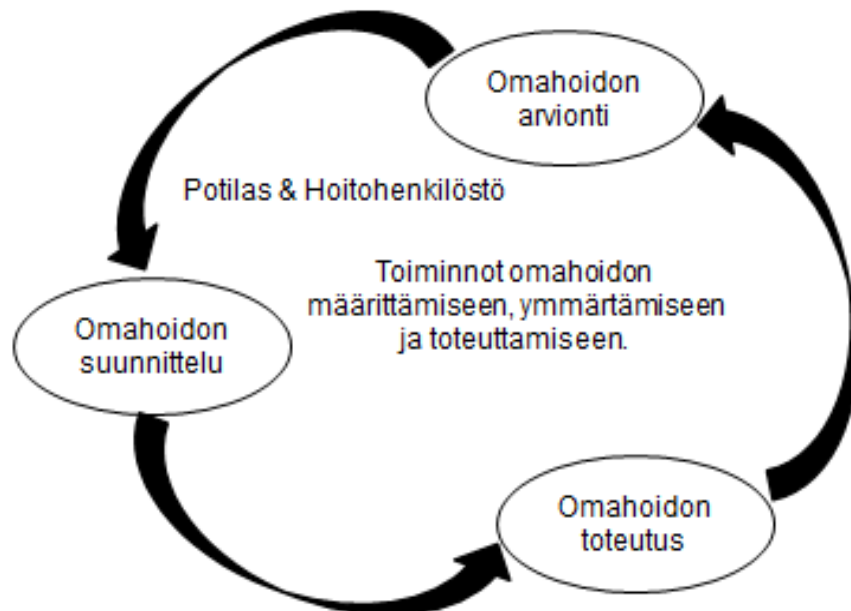
2.3 Hoitoprosessi

Prosessi on sarja tapahtumaketjuja. Tapahtuma alkaa jostakin, se sisältää joukon erilaisia toimintoja ja lopuksi saadaan aikaan jokin tulos. Hoito tarkoittaa potilaan ja terveydenhuollon toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on potilaan ongelman helpottaminen tai parantaminen. Kliininen hoitoprosessi tarkoittaa terveydenhuollon palveluprosessia, joka voi sisältää yhden tai useamman terveysongelman. Potilaalle se tarkoittaa kaikkia niitä hoitotoimenpiteitä, joita hän saa kyseiseen ongelmaan terveydenhuollossa tai sairaanhoidossa. Prosessitapahtuma voi olla esimerkiksi potilaan sairaalassa saama hemodialyysihoito. (Vuokko, Mäkelä, Komulainen & Meriläinen 2011, 25–26, 63–64.)

Hoitoprosessi liittyy sairauden hoitamiseen. Sen tulee olla kokonaisvaltainen ja se tulee suunnitella potilaan lähtökohdista, ottaen huomioon hänen tarpeensa. Jotta prosessi sujuu hyvin, asiantuntijoiden tulee tehdä yhteistyötä sekä jakaa tietoa ja osaamista. Prosessikeskeisessä ajattelussa korostuu potilaskeskeinen ajattelu. Ei keskitytä vain yksittäisiin toimenpiteisiin vaan koko kokonaisuuden sujuvuuteen. Yksilöllinen hoitoprosessin ohjaus tapahtuu päätöksenteolla, joka perustuu ajantasaiseen ja luotettavaan tietoon. Sitä voidaan tehostaa kokonaisuunnittelun avulla. (Vuorenmaa 2005, 62–64; Tanntu 2007, 18, 75–76, 193.) Potilaslähtöinen hoitoprosessimalli, johon potilas osallistuu, on kustannustehokasta ja lisää paitsi potilastyytyväisyyttä myös hoitohenkilöstön työtyytyväisyyttä. Potilaan osallistumisen oman hoitonsa suunnitteluun näyttäisi parantavan hoidon laatua. (Virtanen ym. 2011, 58). Potilaan kanssa ollaan vuorovaikutussuhteessa ja hänelle annetaan riittävästi tietoa, jotka perustuvat hänen tarpei-

siinsa (Koivuranta-Vaara 2011, 9). Prosessin onnistumista voidaan mitata potilastyytyvyydellä (Lillrank & Parvinen 2004, 1052).

Hoitosuunnitelma kuuluu osana potilaskohtaiseen hoitoprosessiin. Hoidon kokonaisvaltaisessa toteuttamisessa on tärkeää potilaan oma osallistuminen suunnitelman tekoon, sen toteuttamiseen sekä arviointiin. Potilaan osallistuminen hoitosuunnitelman tekoon on osa omahoitoa sekä vastuun ottamista omasta hoidostaan. Kuviossa 1 on esitetty omahoidon hoitosuunnitelma-prosessi. (Vuokko ym. 2011, 28–30.)



Kuvio 1. Omahoidon hoitosuunnitelma-prosessi (Vuokko ym. 2011, 30).

Omahoidon hoitosuunnitelma-prosessi on jatkuvaa. Siihen kuuluu potilaan tilanteen kartoitus, johon pohjautuen suunnitelma tehdään. Suunnitelman kirjaamisen jälkeen alkaa sen toteutus, jota arvioidaan. Arvioinnin perusteella suunnitelmaa voidaan muuttaa. Koko prosessin ajan sekä potilas sekä hoitohenkilöstö tekevät yhteistyötä. (Vuokko ym. 2011, 35.)

2.4 Potilasohjaus

Potilasohjaus omahoidossa on hoitohenkilöstön ammatillista toimintaa, jossa hoitaja ottaa asiantuntijan vastuun. Ohjauksen tarkoituksena on vaikuttaa potilaan oppimiseen ja terveyteen sekä hänen toimintaansa, mikä liittyy hoitoon. Ohjauksen laatuun vaikuttavat hoitohenkilöstön valmiudet, asenteet ja resurssit. (Kääriäinen 2007, 133–134; Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008, 125, 134–135; Kääriäinen & Kyngäs 2013.) Hyvät vuorovaikutukselliset ohjaustaidot, jotka tähtäävät muutoksen merkityksen ymmärtämiseen, varmistavat muutoksen kokemisen mielekkääksi ja tukea antavaksi (Heinonen 2007, 25; Pyörälä & Hietanen 2011, 469–470). Varjokummun (2012, 41, 43) mukaan omahoitoa tukeva ohjauskeskustelu sisälsi monia eri työvälineitä, joiden tunnistaminen vaikutti onnistuneeseen ohjauskeskusteluun. Esimerkiksi ohjaajan ohjaustaidot, resurssit, ajankäyttö ja tilat olivat osa onnistunutta ohjaustilannetta, kuten myös ohjaajien tietotaito, kokemus sekä tieto potilaan kulttuurista ja taustasta. Onnistunut omahoidon tukemisen ohjauskeskustelu sisälsi yksilöllisen, tilannekohtaisen ohjauksen, jossa ohjaaja käytti hyödykseen omaa persoonallisuuttaan ja tietämystään.

Potilasohjauksen kehittämishankkeessa, jossa kartoitettiin potilasohjauksen laatua, kehittämiskohteiksi tulivat itse ohjaustapahtuma, vuorovaikutus ohjauksessa, kädentaitojen opettaminen, sosiaalinen tuki sekä ohjaustilanteen organisointi (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 3). Henkilöstön käsitykset hyvän potilasohjauksen toteuttamisen edellytyksistä olivat pääosin myönteisiä. Ohjaustaitoja ja asenteita pidettiin hyvinä. Kehitettäviä osa-alueita potilasohjauksessa olivat ohjauksen ajoittaminen sekä ohjausmenetelmien hallinta, joiden todettiin olevan yksipuolisia. Ohjaus oli potilaslähtöistä, jos siinä otettiin huomioon potilaan elämäntilanne. (Lipponen ym. 2008, 125–133.)

Tutkimuksessa, jossa tutkittiin hoitohenkilökunnan tiedollisia sekä yleisiä potilasohjausvalmiuksia sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa, ilmeni, että hoitohenkilökunnan tiedot sairaudesta olivat hyvät, vuorovaikutustaidot olivat paremmat kuin omahoidon tukeminen ja täydennyskoulutuksessa olleilla vuoro-

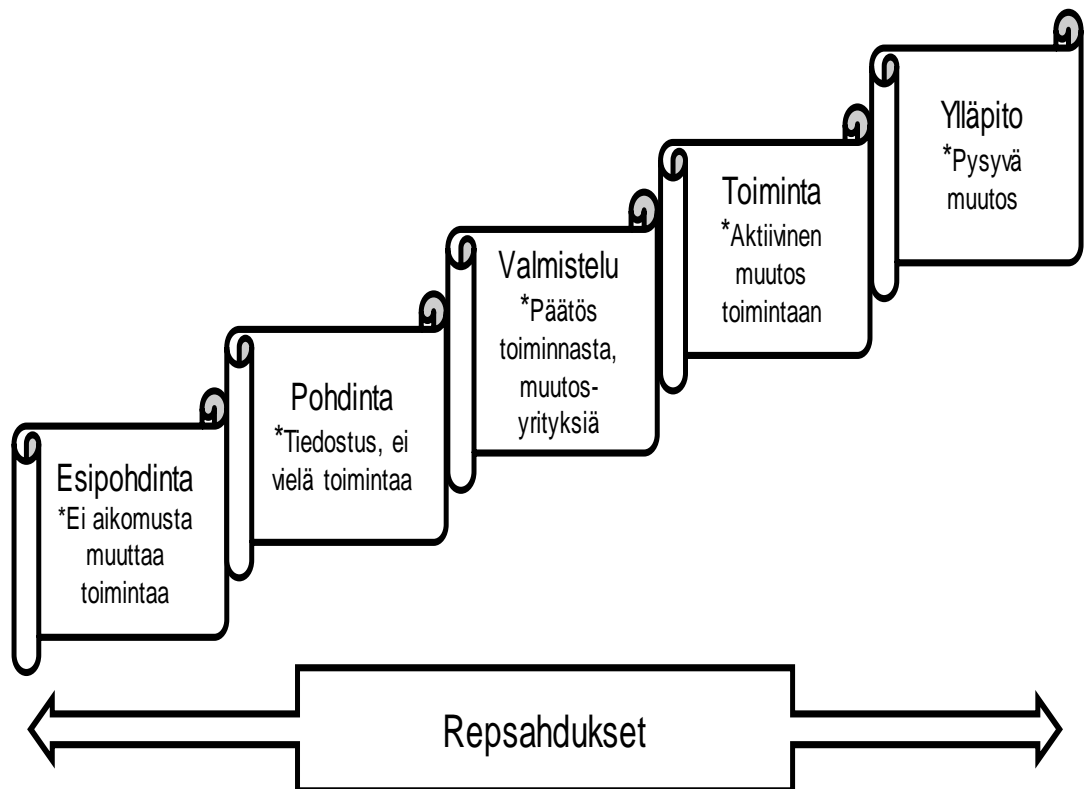
vaikutustaidot olivat parhaimmat. Henkilökunnan asenteet ohjaustilanteissa olivat hyvät. (Linnajärvi 2010, 2, 52.)

Hoitohenkilöstön asenteet potilasohjaukseen olivat myönteisiä, minkä koettiin syventävän hoitosuhdetta. Ohjausmenetelmistä hallittiin hyvin yksilöohjaus. Resurssit, kuten aika, koettiin riittämättömäksi, mutta henkilöstön ohjauksen laatu sekä tiedot ja taidot olivat pääsääntöisesti hyviä. Osa potilaista ei pitänyt ohjausta potilaslähtöisenä, vaikka henkilöstö koki näin. Ohjauksen suunnitelmallisuus ja arviointi sekä riittävyys koettiin puutteellisiksi. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006, 7–10; Kääriäinen 2007, 79–88.) Yli 65-vuotiaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen laatuun erikoissairaanhoidossa, vaikkakin puutteita koettiin olevan ohjauksen yksilöllisyydessä ja kannustettavuudessa. Ikääntyvien erityispiirteet, kuten aisti- ja muistihäiriöt, toivottiin otettavan huomioon ohjaustilanteessa. Ohjauksen koettiin vaikuttavan iäkkäiden myönteiseen asennoitumiseen hoitoon sekä tiedonmäärään. (Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2007, 51, 56–58.) Hemodialyysipotilaat olivat saaneet hoitohenkilöstöltä ohjausta riittävästi, mutta potilaiden ohjaustarpeita ei otettu huomioon riittävän yksilöllisesti. Potilaat pitivät hoitohenkilökuntaa ammattitaitoisena ja osa koki saavansa riittävästi tietoa. Toisaalta osa koki, että tietoa olisi pitänyt saada enemmän ja laajemmin. Ohjauksen ja neuvonnan toivottiin olevan jatkuvaa varsinkin hoidon alkuaikoina. (Tolvanen 2010, 35–41.) Kotihemodialyysipotilaiden perheet kokivat saaneensa ammattitaitoista ohjausta, mutta he kaipasivat kokonaisvaltaista huomioon ottamista, jotta yksilöllinen ohjaus toteutuisi (Sirkka 2010, 42).

Munuaispotilaan hyvän hoidon kriteereissä mainitaan, että potilaan saaman ohjauksen tulee tukea potilaan omatoimista hoidon suunnittelua, sen toteuttamista ja päätöksentekoa. Potilaan saama ohjaus tulee olla potilaan lähtökohdat huomioon ottavaa, yksilöllistä ja omahoitoa tukevaa. (Munuais- ja maksaliitto 2013b.) Ohjauksessa käytettävä puhe tulee olla sellaista, jota potilas ymmärtää. Ammattikieli, vierasperäiset sanat ja lyhenteiden käyttö sekä vääränlaiset ilmeet ja eleet voivat aiheuttaa väärinymmärrystä ja vaikuttaa haitallisesti ohjaustilanteeseen. (Kangas 2005, 6; Pyörälä & Hietanen 2011, 469.)

2.4.1 Muutosvaihemalli

Muutos voi tapahtua vain, jos potilas haluaa sitä ja pystyy siihen. Se vaatii aikaa ja potilaan sekä hoitohenkilöstön voimavaroja. Muutosvaihemallin mukaan muutos tapahtuu prosessin mukaisesti, josta voidaan erottaa eri vaihteita: esipohdinta, pohdinta, valmistelu, toiminta ja ylläpito (kuvio 2). (Prochaska & DiClemente 1983, 391.)



Kuvio 2. Muutosvaiheen malli (Prochaska & DiClemente 1983, 391).

Eri vaiheissa potilaan valmius ja motivaatio muutokseen vaihtelevat. Hoitosuunnitelmaan liittyvässä alkukartoituksessa selvitetään potilaan muutosvalmius, sillä eri vaiheessa olevat potilaat hyötyvät erilaisesta ohjauksesta. Esipohdintavaiheessa potilas ei välttämättä tiedosta asiaa, joka tarvitsee muutosta tai hän ei pidä mahdollisena muutoksen tapahtumista. Hän ei halua muutosta toiminnalleen tai hän voi kokea esimerkiksi oman toimintakykynsä huonoksi mahdolliseen muutokseen. Tässä vaiheessa hoitohenkilöstö antaa tietoa ja keskustelee

hänen kanssaan käsityksistä ja mahdollisuuksista. Luodaan pohjaa, jotta hän arvioisi asiaa uudelleen. Potilasta niin sanotusti herätellään harkitsemaan, jolloin hän miettii muutoksen etuja ja haittoja. Keskustellaan, mistä muutoksesta hän voi hoidossaan aloittaa. Pohdintavaiheessa potilaassa voidaan havaita pientä motivaatiota ja kiinnostusta muutokseen. Tällöin ohjauksen tulee olla empaattista ja hänen ajatuksiaan ymmärtävää. Valmisteluvaiheessa oleva potilas aloittaa muutoksen ja kokeilee sitä vähitellen. Hän tunnustelee, sopiiko se hänelle. Ohjauksessa hoitohenkilöstön pitää ottaa huomioon potilaan muutoksen kokeilu sekä ohjata, auttaa ja tukea potilasta sen toteuttamisessa. Hoitohenkilöstön pitää antaa rohkaisevaa, kannustavaa sekä myönteistä palautetta muutoksen toteuttamisessa. Toimintavaiheessa potilas toimii aktiivisesti. Ohjauksessa pitää edelleen muistaa potilaan kanssa keskustelut sekä myönteinen kannustaminen. Ylläpitovaiheessa potilas toteuttaa omahoitoansa suunnitelman mukaisesti. Edelleen hoitohenkilöstö kannustaa ja tukee häntä muuttuneessa toiminnassa. Jokainen potilas viipyy kussakin vaiheessa yksilöllisesti. Muutos ei myöskään aina tapahdu portaittain, vaan potilas voi esimerkiksi kokeilla muutosta ja todeta, että se ei sovi hänelle, jolloin hän siirtyy toiminnasta takaisin esimerkiksi pohdintavaiheeseen. Aikansa pohdittuaan hän voi olla valmis yrittämään toimintaa uudelleen. Hoitohenkilöstön jatkuva ohjaus ja tukeminen edesauttavat löytämään uuden toimivan omahoidon toteuttamistavan. (Prochaska ym. 1994, 40; Prochaska & Norcross 2001, 443–444; Routasalo & Pitkälä 2009, 31–33; Marttila 2010.)

2.4.2 Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on potilaslähtöinen ohjausmenetelmä, jossa hoitohenkilöstö antaa potilaalle tietoa, minkä perusteella hän tekee hoitoonsa liittyviä päätöksiä. Hoitaja ei asiantuntijana vaikuta potilaan päätöksentekoon, vaan tukee häntä tekemään omat päätöksensä sekä kunnioittaa niitä. Oikeanlaisen tiedon antamisella autetaan potilasta itse oivaltamaan ratkaisut ja toimintatavat, jotka hänelle itselleen sopivat (Heinonen 2007, 26). Menetelmässä ei ole hoitajan ja potilaan välillä asiantuntija-noviisi -suhdetta, vaan siinä toimitaan kumppaneina.

Jos potilas ei osaa päättää tai jos potilas on eri mieltä kuin hoitohenkilöstö, ei lähdetä väittelemään, vaan siirretään päätöksen tekoa myöhemmäksi. Potilaan kritisointia ja syyttelyä vältetään eikä häntä muistuteta mahdollisista kielteisistä seurauksista. Sen sijaan potilaan pienetkin muutokset otetaan huomioon myönteisesti. Motivoivan haastattelun tavoitteena on voimistaa potilaan sisäistä motivaatiota eli voimistaa hänen haluaan ajatella aktiivisesti esillä olevaa asiaa. Tavoitteena on poistaa motivaation esteitä sekä herättää hänen kiinnostustaan. Jos annetaan ohjeita, joita potilas kiinnostumattomana kuuntelee, ei todennäköisesti saada potilaassa aikaan minkäänlaista tulosta. Hoitohenkilöstön suorat, asiantuntija-ohjeet voivat jopa herättää muutosvastarinnan, mikä heikentää sisäisen motivaation kehittymistä. Hyvät vuorovaikutustaidot vaikuttavat olennaisesti potilaan motivaatioon. Vuorovaikutuksen tavoitteena on saada potilas osallistumaan keskusteluun ja päätöksentekoon. Hoitohenkilöstön empaattinen suhtautuminen potilaaseen herättää potilaassa luottamusta ja avoimuutta. Motivoivassa haastattelussa tuetaan potilaan omia kykyjä ja itseluottamusta suorittaa eri toimintoja. (Mustajoki 2003, 4235–4236; Koski-Jännes 2008; Mustajoki & Kunnamo 2009; Absetz & Hankonen 2011, 2272.)

Amerikkalaisen tutkimuksen mukaan motivoiva haastattelu menetelmänä on hyödyllinen ja käyttökelpoinen dialyysipotilaiden kanssa. Toisaalta sen käyttämisessä koettiin olevan esteitä hemodialyysiyksikössä, kuten aika ja meluisa, häiritsevä ympäristö. Motivoivaa haastattelua käytettiin jo luonnostaan hemodialyysipotilaan hoidossa. (Cronk ym. 2012, 385, 389.)

2.4.3 Voimaantuminen

Siitonen (1999, 82, 93) on määritellyt voimaantumisen (englanniksi empowerment) ihmisestä itsestään lähtevänä tapahtumana, joka voidaan kokea voimantunteena. Tähän vaikuttavat esimerkiksi myönteiset olosuhteet ja ympäristö. Ympäristö, jonka ilmapiiri koetaan turvalliseksi ja luotettavaksi voi olla merkityksellinen sisäisen voimantunteen ja voimaantumisen ilmenemisessä. Myös ympäristö, joka lisää arvostusta ja antaa mahdollisuuden onnistumiseen ja sitä

kautta itseluottamuksen lisääntymiseen vaikuttaa voimaantumisen vahvistumiseen. Potilaan voimaannuttamisessa sekä häntä ohjattaessa tulee mieltää, että hänellä on kykyä tietoon perustuen tehdä itsenäisiä, autonomisia päätöksiä omahoidostaan. Voimaantunut potilas tietää voimavaransa, joiden mukaan hän toimii. Se antaa hänelle mahdollisuuksia ja valtaa vaikuttaa omiin asioihinsa. Hän tunnistaa omat tarpeensa ja kykenee ratkaisemaan terveysongelmiaan. Voimaantunut potilas kykenee sitoutumaan ja ottamaan vastuuta hoidostaan. Hän kykenee tekemään päätöksiä ja toimimaan itsenäisesti omassa hoidossaan. Potilaan saama arvostus, mahdollisuus valinnanvapauteen sekä vastuunottamiseen auttavat häntä voimaantumisessa. Koettu toiminnanvapaus tukee sisäistä voimantunnetta, kuten myös itseluottamusta lisäävät kokemukset ja itsemäärääminen. (Siitonen 1999, 64, 69; Routasalo & Pitkälä 2009, 13–14; Anderson & Funnell 2010, 277, 279–280.)

Laadukkaan ja ymmärrettävän tiedon antaminen sekä mahdollisuus annetun tiedon mukaiseen toimintaan ovat tärkeä osa potilaan voimaantumisessa. Voimaantumista lisäävässä keskustelussa pitää ottaa huomioon potilaan yksilöllisyys eli hänen tietotasonsa sekä arvonsa, asenteensa ja kykynsä. Keskusteluissa arvostetaan eri osapuolten asiantuntijuutta. (Virtanen, Leino-Kilpi & Salanterä 2007, 140, 145.) Voimaantumista ehkäisee epäselvä tieto, jota voidaan potilaalle antaa esimerkiksi kiireessä. Yleisten tietojen, kuten hoitovaihtoehtojen, lisäksi potilas tarvitsee yksilöllistä, omaan terveysongelmaansa liittyvää tietoa. Sen avulla hän pystyy tekemään perusteltuja päätöksiä ja käyttämään itsemääräämisoikeuttaan. Vaikutusvallan kokeminen myönteisenä vaikuttaa voimaantumisen lisäksi potilastyytyväsyyden lisääntymiseen. Toisaalta potilaan terveydelliset ongelmat saattavat vaikuttaa häneen fyysisesti tai psyykkisesti niin, ettei hän pysty toimimaan voimaantuneesti. Tällöin toimitaan potilaan puolesta, jotta hän saa laadukasta hoitoa. (Tuorila 2009, 105–109.) Pitkäaikainen ympäristön tuki, kokonaisvaltainen paneutuminen potilaaseen, kannustus ja myönteinen suhtautuminen lisäävät voimaantumista. Voimaantuminen lisää omahoidon toteuttamisen motivaatiota sekä uskoa ja luottamusta omiin kykyihin. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009, 2357–2358; Parkkamäki 2013, 6.)

3 KEHITTÄMISPROJEKTIN LÄHTÖKOHDAT

3.1 Kehittämiprojektin tarve

Kehittämiprojekti liittyy SAS 2016 -hankkeeseen. Salon aluesairaalassa on tehty tilojen saneerausta, mutta vielä on tiloja, jotka ovat toiminnallisesti ja rakenteellisesti vanhentuneet ja jotka vaativat saneerausta. Saneerauksessa rakennetaan sairaalan yhteyteen uudisrakennus, johon tulee muun muassa hemodialyysiosasto. Rakentaminen päästään näillä näkymin aloittamaan vuonna 2014–2015. Kun tilat ovat valmiit, niiden tulee vastata Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä yhteisesti sovittuja palveluprofiilien mukaista toimintaa, kuten sujuvat ja tehokkaat potilaslähtöiset toimintaprosessit, joissa palvelut järjestetään potilasnäkökulmasta (Jääskeläinen 2011). Turun yliopistollisen keskussairaalan (Tyks) toiminnan ja organisaation muutos, T-PRO -hankesuunnitelman (Korvenranta & Särkkä 2010, 5, 11) mukaan prosessimaisesti toimivalla moniammatillisella tiimillä tieto ja osaaminen ovat laaja-alaista sekä tiimityöskentely on tehokasta ja mielekästä. Kun potilas osallistuu hoitoonsa, hoidon laatu, vaikuttavuus sekä kustannustehokkuus paranevat. Muun muassa hyvät tilaratkaisut nopeuttavat prosessien läpimenoaikoja ja näin parantavat kustannustehokkuutta. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategiassa vuosille 2007–2015 (2006, 5) yhtenä perusarvona on potilaslähtöisyys. Hankkeen tavoitteena on, että potilaan aluesairaalaan saama hoidon laatu paranee ja että sairaala lisää mainetta haluttuna hoitopaikkana. Paranevien hoitoprosessien myötä työhyvinvointi lisääntyy, minkä uskotaan heijastuvan potilastyytyväisyyteen. (SAS 2016 -hanke, 2011.)

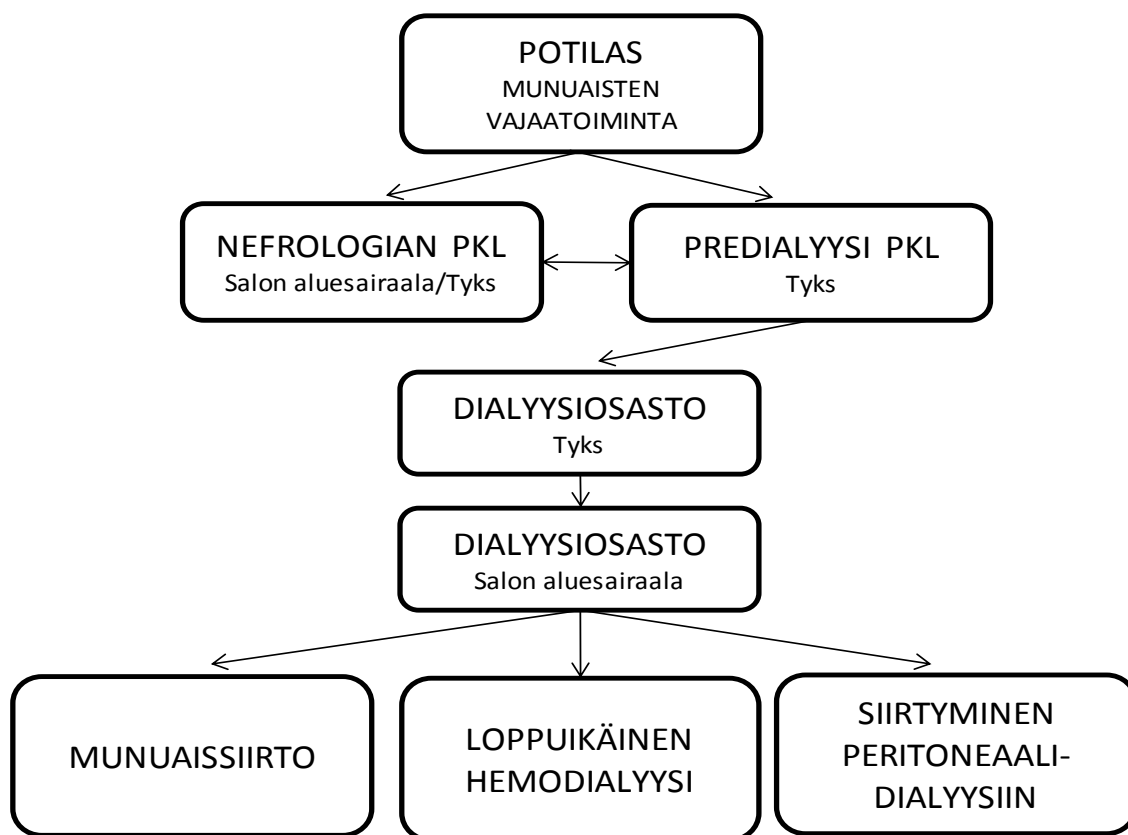
3.2 Kehittämiprojektin tavoite ja tarkoitus

Tämän kehittämiprojektin tavoitteena oli tehdä potilaslähtöinen hoitoprosessimalli Salon aluesairaalan suunnitteilla olevalle hemodialyysi- eli keinomunuais-hoito-osastolle. Mallin tarkoituksena oli kehittää hemodialyysipotilaan eri hoito-

vaiheita osastolla lisäämällä potilaslähtöistä omahoitoa sekä vähentää odotusaikoja. Tällä pyritään lisäämään potilaan motivoitumista, kiinnostusta ja vastuuta omasta hoidostaan sekä parantamaan hänen elämänlaatuansa. Työn tarkoituksena oli, että hoitajat ottavat käyttöönsä prosessimallin mukaisen toimintatavan potilaan omahoidon lisäämiseksi ja sen myötä muuttavat omaa toimintaa potilaan omahoitoa tukevaksi ja mahdollistavaksi.

3.3 Kehittämiprojektin kohdeorganisaatio ja lähtötilanne

Kehittämiprojekti tehtiin Salon aluesairaalan hemodialyysiosastolle, joka on ollut toiminnassa yli 10 vuotta. Se on Tyksin satelliittiosasto. Tämä tarkoittaa muun muassa sitä, että potilaiden hemodialyysihoidot aloitetaan Tyksin hemodialyysiosastolla, josta potilaat siirtyvät hoitoihin Salon aluesairaalaan, kuten kuviossa 3 esitetään.



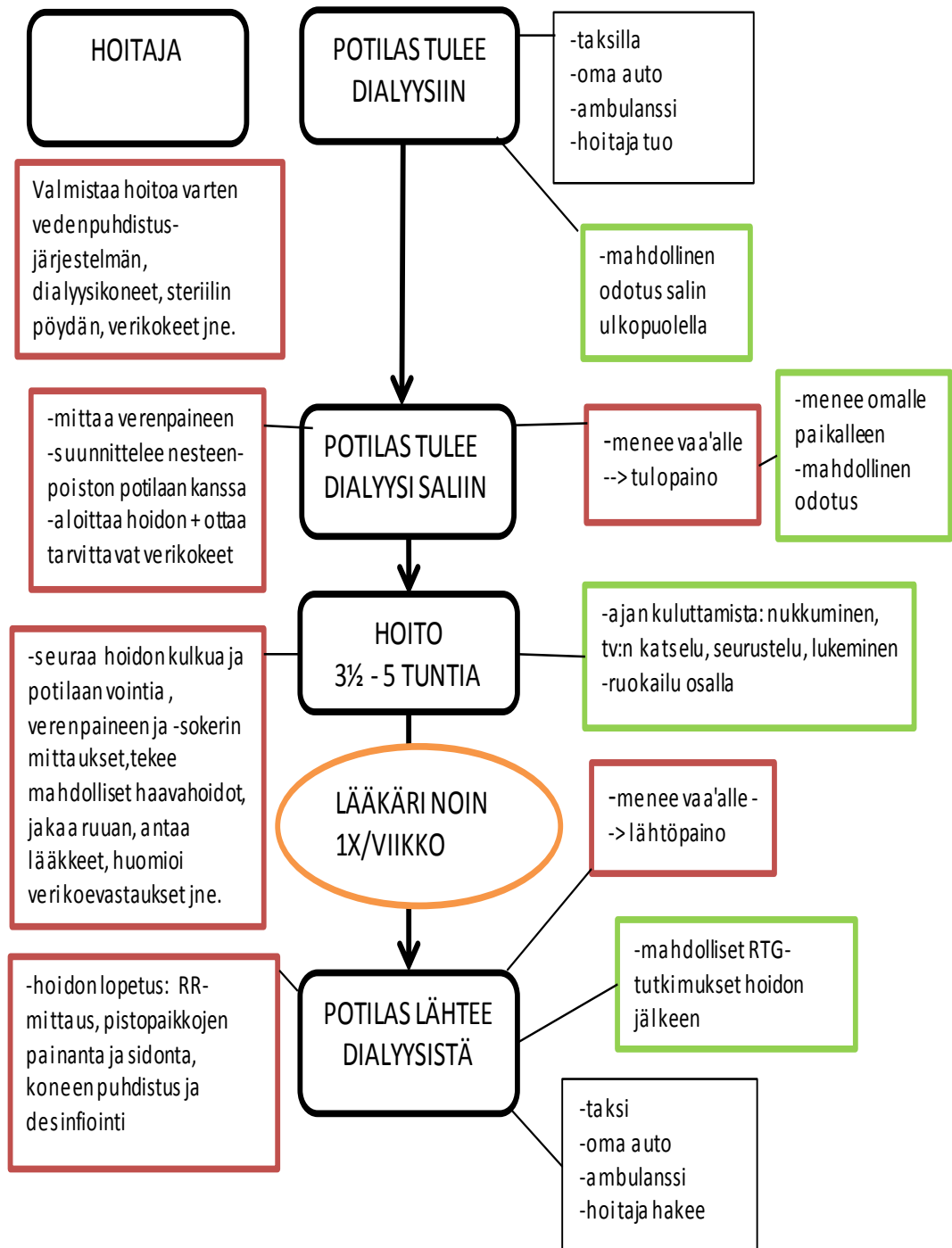
Kuvio 3. Hemodialyysipotilaan hoitopolku.

Ennen hemodialyysihoidoja potilas on mahdollisesti käynyt munuaisten vajaatoiminnan seurannassa Salon aluesairaalan nefrologian eli munuaissairauksien poliklinikalla. Munuaistilanteen huonontuessa hän siirtyy Tyksin predialyysipoliklinikalle, jossa hänen tilaansa seurataan ennen hoitojen aloittamista ja jossa arvioidaan, mikä dialyysimuoto hänelle on sopivin. Tyksin predialyysipoliklinikalla tai Salon aluesairaalan nefrologian poliklinikalla hän voi käydä useitakin vuosia. Jos potilas päätyy hemodialyysiin, se aloitetaan yleensä aina Tyksin hemodialyysiosastolla, josta hän voi hyvinkin pian siirtyä hoidettavaksi Saloon, jos hän on salolainen tai matka Saloon on lyhyempi kuin Turkuun. Potilas voi terveydentilan salliessa olla munuaissiirtojonossa eli hän odottaa sopivan munuaissiirrännäisen saamista. Munuaissiirtoon päästyään hänen hoitonsa hemodialyysiosastolla loppuu. Potilas voi siirtyä hemodialyysistä myös peritoneaali- eli vatsakalvodialyysiin, jos hoitomuoto hänelle sopii ja hän itse on siihen halukas. Hän voi myös käydä lopun elämänsä hemodialyysihoidoissa. (Hemodialyysipotilaan hoitopolku 2012.)

Salon hemodialyysiosastolla hoidetaan 18 potilasta, joista kuusi hoidetaan kussakin vuorossa. Maanantaina, keskiviikkona ja perjantaina aamuvuorossa, kello 7.00 – 15.00, hoidetaan kuutta potilasta, sekä näinä samoina iltoina, klo 11.00 - 19.00, kuutta. Tiistaina, torstaina ja lauantaina aamuvuorossa hoidetaan loput kuusi potilasta. Sunnuntait ovat kaikille potilaille vapaita. Hoitajia on yhdessä vuorossa aina kaksi. Nefrologeja eli munuaistautilääkäreitä on aluesairaалassa kaksi, he ovat jakaneet potilaat päivien mukaan. Tarkoituksena on, että potilasta hoitaa aina sama lääkäri. Hoidettavat ovat iältään tällä hetkellä hieman yli 20-vuotiaista 85-vuotiaisiin, ja heidän hoitonsa kestää ajallisesti 3,5–5 tuntia. (Lehtinen 2012.)

Hemodialyysiosasto sijaitsee fyysisesti sairaalan sisätautiyksikössä. Kolme potilashuonetta on yhdistetty osastoa rakennettaessa. Yhdessä huoneessa on mahdollista hoitaa eristyspotilaita. Varsinaista erillistä odotustilaa potilailla ei ole, vaan sisätautiyksikön käytävällä on syvennys, jossa on pöytä ja tuolit. Osa potilaista odottelee tässä hoitoon pääsyä ja osa ruokailee tässä tilassa hoidon jälkeen. (Lehtinen 2012.) Kuviossa 4 kuvataan Salon aluesairaalan hemo-

dialyysipotilaan kehittämisprojektia edeltävä hoitoprosessi eli mitä potilaan hoitoon liittyy, kun hän tulee ja lähtee hemodialyysihoidosta.



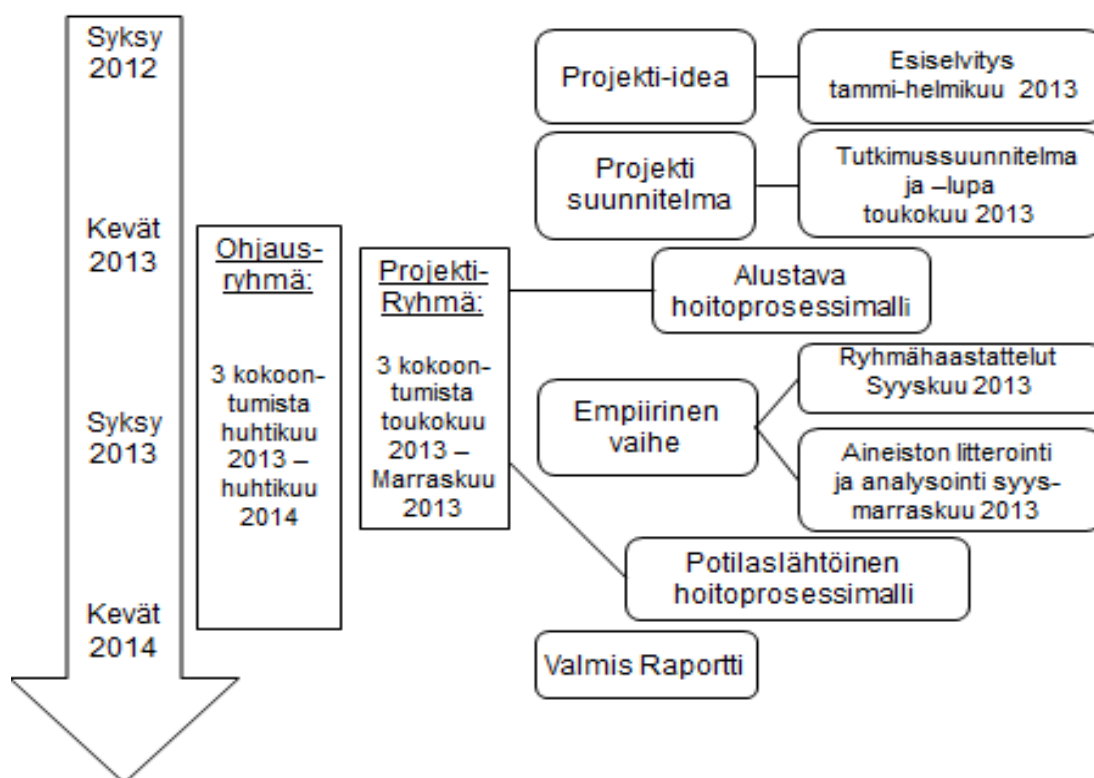
Kuvio 4. Potilaan hoitoprosessi Salon aluesairaalan hemodialyysiosastolla.

Prosessissa on kuvattu punaisella ympyröidyissä laatikoissa esimerkkejä hoito-toimenpiteistä ja hoitoon liittyvistä tehtävistä, joita tällä hetkellä pääosin hoitajat toteuttavat. Potilas ottaa voinnin ja kyvyn mukaan itsenäisesti painon, kun hän tulee ja lähtee dialyysistä. Suurin osa hänen ajastaan hemodialyysiosastolla kuluu odottamiseen ennen ja jälkeen hoidon, sekä erilaiseen ajankuluttamiseen hoidon aikana, kuten television katseluun. Hoitoprosessissa ilmenee, että potilas on melko passiivinen hoidon saaja ja hoitajat aktiivisia hoidon toteuttajia.

Uusi suunnitteilla oleva hemodialyysiosasto tullaan rakentamaan itsenäiseksi osastoksi, jossa tämän hetken suunnitelman mukaan on tarkoitus hoitaa kahdeksan potilasta yhdessä vuorossa. Jos kaikki aamu- ja iltavuorot otetaan käyttöön, hoidetaan osastolla yhteensä 32 potilasta. Aluksi potilaita todennäköisesti tullaan hoitamaan aamuvuoroissa eli yhteensä 16 potilasta, mutta tämä on vasta suunnitteluvaiheessa ja muutoksia voi tulla. Osaston yhteyteen on suunnitteilla odotushuone, jossa potilas voi tarvittaessa myös ruokailla. (Ruuth-Setälä 2013.)

3.4 Kehittämiprojektin toteutus

Kehittämiprojekti alkoi syksyllä 2012 projektin ideasta ja päättyi keväällä 2014 raportin valmistumiseen. Toteutuksen aikataulu ja sen eri vaiheet on esitetty kuviossa 6.



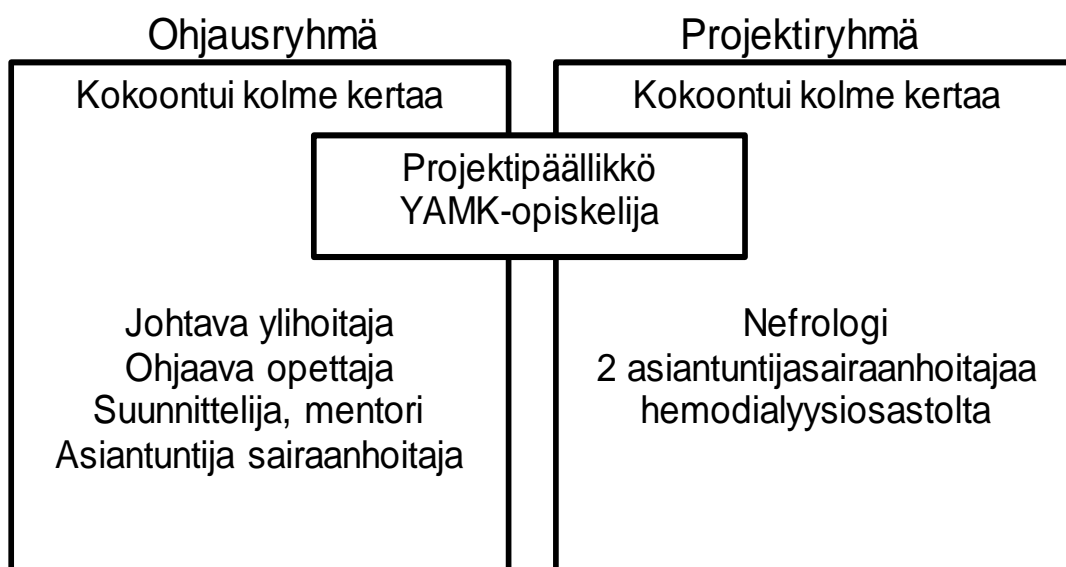
Kuvio 6. Kehittämishankkeen toteutuksen vaiheet.

Projektii-idea selvisi, kun projektipäällikkö eli tämän työn tekijä otti puhelimitse yhteyttä Salon aluesairaalan SAS 2016 -hankkeen suunnittelijaan. Suunnittelijalla oli heti ajatus työn tekemisestä SAS 2016 -hankkeeseen ja Salon aluesairaalan hemodialyysiosastolle. Samalla hän lupautui toimimaan projektipäällikön mentorina. Mentorin ja projektipäällikön välisillä keskusteluissa työn tavoite ja tarkoitus tarkentuivat. Suurena apuna tässä oli myös ohjaava opettaja. Esiselvityksessä, joka valmistui tammi-helmikuussa 2013, projektipäällikkö perehtyi aiheeseen, kuten omahoitoon ja potilasohjaukseen liittyviin teoretietoihin sekä aikaisempiin aiheeseen tehtyihin tutkimuksiin. Teoriaa ja tutkimustietoa löytyi koko projektityön tekemisen ajan kevääseen 2014 asti. Projektisuunnitelman projektipäällikkö teki keväällä 2013 sekä tutkimuslupa työhön liittyviin haastatteluihin haettiin ja saatiin toukokuussa 2013. Projektiryhmän kehittämä alustava hoitoprosessimalli esitettiin hemodialyysiosaston henkilökunnalle touko-kesäkuussa 2013. Ryhmähaastattelut toteutettiin syksyllä 2013, jonka jälkeen alkoi aineiston

analysointi sekä projektityön tuotoksen eli potilaslähtöisen hoitoprosessimallin kehittäminen valmiiksi. Raportointia tehtiin koko työn tekemisen aikana, lopullinen raportti valmistui keväällä 2014.

3.5 Kehittämiprojektin organisaatio

Kehittämiprojektin organisaatioon (kuvio 5) kuuluivat ohjausryhmä, projektiryhmä ja projektipäällikkö, joka on tämän kehittämistyön tekijä. Ohjausryhmään kuuluivat projektipäällikkö, joka toimi ryhmän puheenjohtajana ja sihteerinä, ohjaava opettaja, Salon aluesairaalan johtava ylihoitaja, hankkeessa toimiva suunnittelija, joka toimi myös opiskelijan mentorina sekä asiantuntijahoitajana sairaalan hemodialyysiosaston vastaava hoitaja. Ohjausryhmä kokoontui kolme kertaa. Ohjausryhmä ohjasi työn tekijää työn tekemisessä ja sen eteenpäin viemisessä.



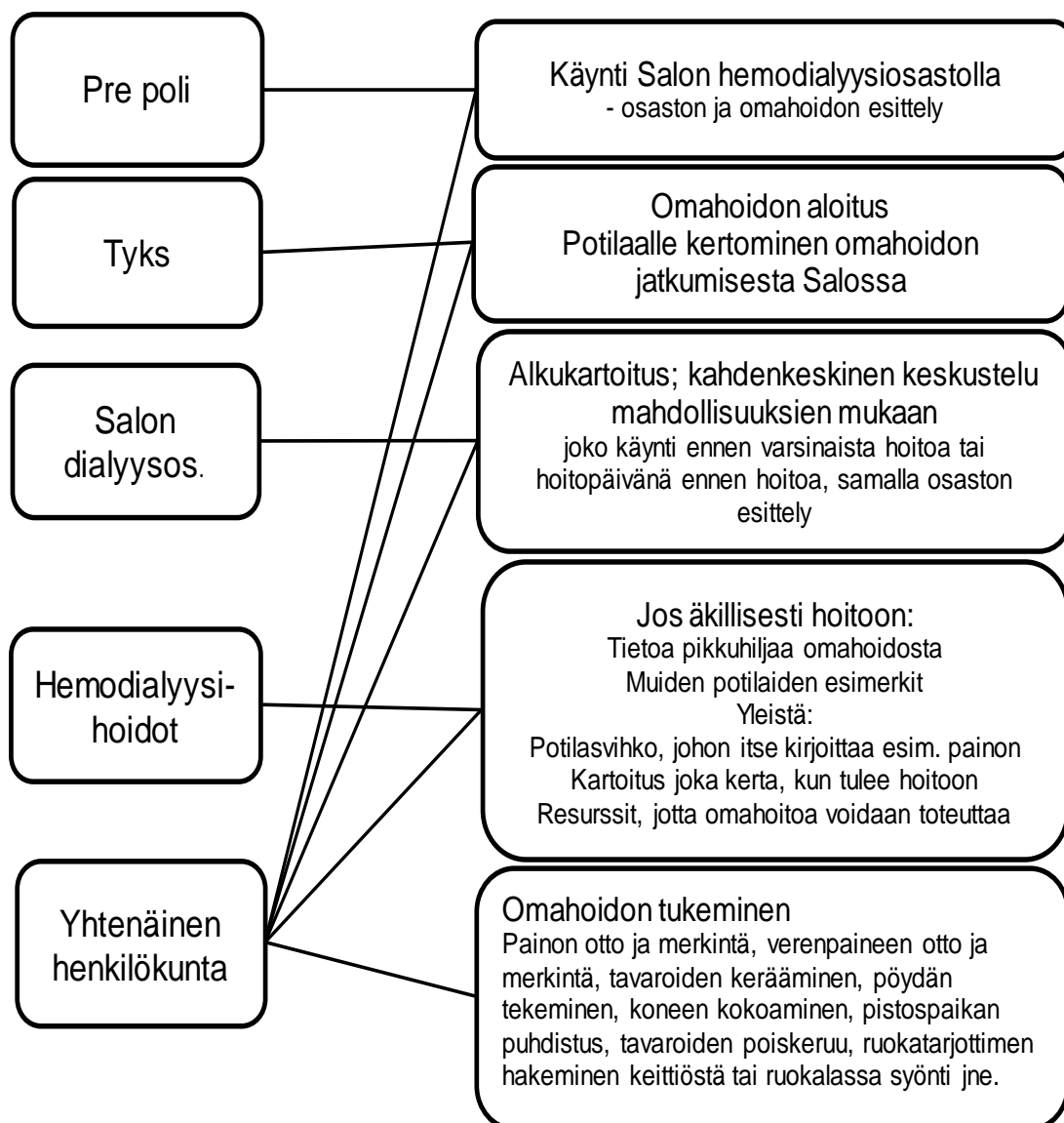
Kuvio 5. Projektioorganisaatio.

Projektiryhmään kuuluivat hemodialyysihoidon asiantuntijoina nefrologi ja kaksi sairaanhoitajaa. Tämän kehittämistyön tekijä toimi ryhmässä projektipäällikkönä sekä potilaslähtöisen omahoidon asiantuntijaroolissa. Tosin projektipäällikkö oli

työskennellyt kyseisellä hemodialyysiosastolla useita vuosia, joten hänellä oli asiantuntijuutta myös hemodialyysihoidoista. Ryhmän tavoitteena oli kehittää potilaslähtöistä, omahoitoa lisäävää hoitoprosessimallia. Projektiryhmä kokoontui kolme kertaa. Kahdella ensimmäisellä kerralla projektiryhmä kehitti alustavan potilaslähtöisen hoitoprosessimallin, joka esitettiin Salon aluesairaalan henkilökunnalle kesän alussa 2013. Ryhmähaastattelujen sekä tulosten analyysin jälkeen ryhmä kokoontui kolmannen kerran marraskuussa 2013, jolloin se kehitti hoitoprosessimallin lopulliseen muotoonsa. Viimeisellä kokoontumiskerralla yksi asiantuntijasairaanhoidajista oli estynyt osallistumasta projektiryhmään kokoontumiseen.

3.6 Projektiryhmän kehittämä alustava hoitoprosessimalli

Projektiryhmän kehittämä alustava hoitoprosessimalli (kuvio 6) esitettiin hemodialyysiosaston henkilökunnalle kaksi kertaa touko-kesäkuussa 2013. Tällä varmistettiin, että mahdollisimman moni hoitajista tutustui uuteen hoitoprosessimalliin. Esittelyssä käytiin läpi osaston sen hetkinen prosessimalli, muutosvaiheen malli sekä tutkimustuloksia ja teoriaa, jotka tukevat potilaslähtöisen omahoidon lisäämistä. Omahoidosta esitettiin konkreettisia esimerkkejä kuten verenpaineen otto, painon kirjaaminen ja pistospaikkojen puhdistaminen. Esittelytilaisuudessa henkilökunnalle annettiin mahdollisuus esittää kysymyksiä hoitoprosessista, omahoidosta ja sen toteuttamisesta. Jokainen sai esityksen kirjallisen version. Hoitajille, jotka eivät osallistuneet esittelyyn, jätettiin kirjallinen esitys osastolle, jotta heillä olisi mahdollisuus tutustua itsenäisesti hoitoprosessimalliin.



Kuvio 7. Alustava hemodialyysipotilaan omahoitoa lisäävä hoitoprosessimalli.

Alustavassa hoitoprosessimallissa potilas saa tietoa hemodialyysiosastolla käytettävästä omahoitoa lisäävästä hoitoprosessista jo käydessään Salon aluesairaalan nefrologian poliklinikalla. Hänelle esitetään konkreettisesti hoito-osasto. Samalla hänelle kerrotaan osastolla käytössä oleva potilaslähtöinen omahoito. Tyksissä, jossa tehdään kaikki alueen dialyysihoidon aloitukset, potilaalle kerrotaan Salon hemodialyysiosaston käytössä olevasta omahoidosta. Potilaslähtöistä omahoitoa voidaan aloittaa jo Tyksissä. Saloon siirtyessään potilas tulee mahdollisuuksien mukaan ennen hoitojen aloitusta alkukartoitukseen, jossa kar-

toitetaan potilaan kanssa yhdessä hänen tilanteensa sekä kykynsä, taitonsa ja motivaationsa omahoitoon. Lisäksi hänelle tehdään hoitosuunnitelma, jossa omahoitoa toteutetaan potilaan kunnon ja voinnin mukaan. Hoitosuunnitelman mukaisen hoidon toteuttamiseen osallistuu potilaan lisäksi koko henkilökunta.

Ensimmäisen hoitoprosessimallin esittelyn jälkeen hemodialyysiosaston henkilökunta muutti toimintaa omahoidon suuntaan. Potilaat alkoivat itse kirjoittaa tulo- ja lähtöpainonsa seurantalomakkeelle. Alustavan hoitoprosessimallin esittelyn jälkeen hoitajat jäivät miettimään ja sisäistämään kehitettyä mallia kesän ajaksi.

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN SOVELTAVAN TUTKIMUKSEN OSIO

4.1 Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa siitä, miten uusi omahoitoa lisäävä potilaslähtöinen hoitoprosessimalli toimii dialyysihoitajien mielestä Salon aluesairaalan hemodialyysiosastolla. Tarkoituksena oli saadun tiedon avulla kehittää hoitoprosessimalli toimivaksi hemodialyysiosaston käyttöön.

Tutkimuskysymykset olivat seuraavat:

1. Miten toimivaksi hoitajat kokevat potilaslähtöisen hoitoprosessimallin?
2. Mitä potilaslähtöinen hoitoprosessimallin käyttöönotto vaatii hoitoympäristöltä?
3. Mitä valmiuksia hoitajilla on ottaa potilaslähtöinen hoitoprosessimalli käyttöön?

4.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tutkimusmenetelmänä oli teemahaastattelu, joka toteutettiin ryhmähaastatteluinä. Ryhmät olivat täsmäryhmiä, eli haastateltavat olivat hemodialyysiosaston sairaanhoitajia, dialyysihoidon asiantuntijoita. Yhteisenä tavoitteena kaikille oli toiminnan kehittäminen. Tarkoituksena oli, että haastateltavat ryhmähaastattelutilanteessa keskusteleivat keskenään eikä haastattelu jäisi pelkäksi haastattelijan ja haastateltavan väliseksi keskusteluksi. Haastattelija ohjasi keskustelua teemaan liittyvillä kysymyksillä sekä kysyi keskustelujen yhteydessä selventäviä kysymyksiä. (Hirsjärvi & Hurme 2008, 62, 66; Alasuutari 2011, 151–152.) Ryhmähaastattelukysymykset (Liite 1) oli rakennettu tutkimuskysymysten pohjalta, ja niitä oli pilkottu pienempiin osiin. Ympäristöön liittyviä kysymyksiä kysyttiin,

koska haluttiin saada tietoa sen vaikutuksesta omahoidon toteuttamiseen. Saatuja tietoja voitiin hyödyntää vielä tilojen lopullisessa suunnittelussa.

Ryhmähaastattelut tehtiin kahdessa ryhmässä, joihin molempiin osallistui kolme hemodialyysiosaston sairaanhoitajaa. Tähän tämän työn tekijä päätyi varmistukseen sen, että jokaisen haastateltavan on helppoa osallistua ja vastata haastattelukysymyksiin. Tällä varmistettiin myös se, että äänitteen laatu litterointia varten oli laadukasta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 211.)

Haastateltavat saivat tutkimustiedotteen (Liite 2) elokuussa 2013. Tiedote kiinnitettiin hemodialyysiosaston seinälle, josta kaikki haastateltavat pystyivät sen lukemaan. Haastatteliija, joka oli tämän kehittämisprojektin tekijä, esitti kutsut ryhmähaastatteluihin henkilökohtaisesti hemodialyysiosaston henkilökunnalle. Haastattelujen ajankohdat ilmoitettiin osastolle, josta jokainen osallistuja näki oman aikansa. Kaikki kutsutut kuusi sairaanhoitajaa osallistuivat haastatteluihin, jotka tehtiin syyskuussa 2013. Allekirjoitetut suostumuslomakkeet (Liite 3) kerättiin ennen haastatteluja. Haastattelutilanteet järjestettiin erillisessä huoneessa, jotta taattiin tilanteen häiriöttömyys. Haastattelun aikana haastatteliija varmisti, että jokainen osallistuja sai vastata haastattelukysymyksiin. Kumpikin ryhmähaastattelu kesti ajallisesti noin tunnin verran. Haastattelut nauhoitettiin. Litteroinnit oli helppo tehdä, koska nauhoitukset olivat laadullisesti hyviä, kuuluvuus oli hyvää ja sanoista sai hyvin selvää. Litteroinnin haastatteliija teki sanasta saan heti haastattelujen jälkeen syyskuussa 2013.

4.3 Aineiston analyysi

Litteroidusta aineistosta, jota oli 57 sivua (fontti Arial, koko 12, riviväli 1.5), tehtiin tulosten analysointi soveltaen laadullista sisällönanalyysiä (Hirsjärvi & Hurme 2008, 143). Luokittelun perusteena tässä työssä käytettiin tutkimuskysymyksiä, joihin aineistosta pelkistämällä, jäsentämällä ja synteesiä tekemällä saatiin vastauksia. Luokittelun apuna käytettiin eri värejä. Jokainen väri vastasi tiettyä tutkimuskysymystä. Aineistolle tehtiin kysymyksiä, jotka liittyivät tutki-

muskysymyksiin. Vastaukset koodattiin tiettyä väriä käyttämällä. Vastaukset pelkistettiin ja niistä tehtiin synteesiä.

4.4 Tutkimustulokset

Tutkimustulokset esitetään seuraavassa tutkimuskysymyksittäin. Tuloksiin ei ole kirjattu suoria lainauksia tutkimushaastatteluista, koska suorien lainauksien esittäminen olisi ollut riski haastateltavan tunnistettavuuteen.

4.4.1 Potilaslähtöisen hoitoprosessin toimivuus

Potilaan omahoidon lisääntyessä, hänen ymmärryksensä omaan hoitoonsa kasvoi ja tämän myötä aktiivisuus, kiinnostus ja vastuu hoitoa kohtaan lisääntyivät. Kun potilas merkitsi itse painonsa hoitolomakkeeseen, hän alkoi miettiä nesteenpoistoaan sekä osin verenpaineensa yhteyttä painoon ja nesteenpoistoon. Kun hän osallistui hoitoonsa, hän koki itsensä tärkeäksi sekä hänen riippuvuuteensa hoitajiin väheni. Omahoidon toteutuminen kotona lisääntyi, esimerkiksi nesterajoituksen ja ruokavalion noudattamisena. Potilaan motivaation ja kiinnostuksen lisääntyessä, hoitajien oli helpompi selittää hänelle hoitoon liittyviä seikkoja kuin jos motivaatiota omahoitoon ei olisi ollut lainkaan. Omahoidon lisääntymisen myötä tiedon kulku parani potilaalta hoitajalle.

Osaston potilaat toimivat rutiininomaisesti, heillä oli tietyt kellonajat, jolloin hoidon piti alkaa, samat hoitopaikat ja niin edelleen. Omahoidon myötä heidän rutiininsa muuttuivat. Rutiinit poistuivat myös hoitajilta ja hoitoa ajateltiin syvällisemmin sekä kokonaisvaltaisemmin kuin ennen omahoitoa. Koettiin, että hoitajien piti omaksua uusi ajatusmalli ja että hoitajien toimenpidekeskeisen, rutiininomaisen toiminnan vähentyessä hoitajien aika muuhun työhön, kuten huonokuntoisten potilaiden hoitamiseen, lisääntyi, kun omahoitoon kykenevät potilaat tekivät itse hoidon valmisteluita. Toisaalta rutiinien koettiin olevan turvallisia niin hoitajien kuin potilaidenkin kannalta. Tarvittiin itsekuria, ettei potilaiden puolesta tehty asioita. Myös hoitajien roolien ja työnluonteen koettiin muuttuvan omahoi-

don lisääntyä. Hoitajien piti osata kuunnella potilaiden mielipiteitä hoidosta ja sen toteuttamisesta sekä antaa ohjeita. Hoitajien muistaminen potilaiden niin sanotuissa pikkuasioissa omahoidon myötä väheni, kuten esimerkiksi, mitä juomaa potilas hoidon alussa ottaa tai minkälaisen tyynyn tai peiton potilas haluaa, kun potilas huolehti itse näistä asioista. Vastaajia askarrutti se, jääkö potilaiden saama hoiva, jota he muun muassa edellä mainittujen pikkuasioiden huolehtimisessa hoitajilta saivat, omahoidon myötä pois. Hoitajat kokivat, että hoidon ollessa potilasta paljon sitova, hän odotti myös saavansa hoivaa. He totesivat, että osa vanhemmista potilaista tuli saamaan sairaalasta hoitoa. He luottivat, että hoitohenkilöstö ammattitaitoisina tiesi hoidosta paremmin kuin potilas itse ja antoivat hoitohenkilöstölle vastuun ja päätösvallan hoidostaan.

4.4.2 Potilaslähtöisen hoitoprosessin käyttöönoton ympäristövaatimukset

Kaikissa kysymysosioissa tuli kattavasti esille, että tämänhetkiset tilat hemodialyysiosastolla olivat liian pienet ja toimimattomat, jotta omahoitoa olisi voinut kokonaisuudessaan toteuttaa. Tilojen ahtauden vuoksi esimerkiksi pyörätuolilla liikkuvat potilaat eivät voineet liikkua itsenäisesti, vaan he tarvitsivat aina hoitajan apua, koska sängyt ja muut tarvittavat tavarat olivat esteenä. Tilojen ahtauden vuoksi potilaan yksityisyyttä oli vaikea toteuttaa, sängyt ovat lähekkäin ja hoitajien työpiste niiden lähellä. Potilaan tietosuoja kärsi, koska potilaat kuulivat, kun hoitaja puhui puhelimeen. Tosin mainittiin, että esimerkiksi kahden omatoimisen potilaan toimiessa lähekkäin, heidän välillään voi olla keskustelua.

Hoitajien piti aina avata potilaille osaston ovet, koska ne olivat vanhat ja rasakat. Toivottiin, että uuteen osastoon saadaan sähköovet, jotka potilas voi itse avata narusta vetämällä tai jotka avautuvat automaattisesti, kun menee lähelle. Nykyiset kaappitilat rajoittivat omahoidon toteuttamista. Potilaat eivät voineet kerätä niistä hoidossa tarvittavia välineitä, koska niistä on tarvikkeita hankala ottaa. Jotta omahoidon toteuttamismallia voidaan kokonaisvaltaisesti toteuttaa, toivottiin osastolle yksi iso varasto potilaita varten. Hoidon alussa potilaat voivat itse varastosta kerätä hoidon aloittamiseen ja hoidon aikana tarvittavia välineitä,

kun he kokoavat omia toimenpidepöytiään. Samoin toivottiin potilaille omia henkilökohtaisia kaappeja tai lokerikkoja, joissa he voivat säilyttää omia hoitoon liittyviä tavaroitaan, kuten peittoja, tyynyjä tai verenpainemansettia.

Hoitovälineistä osa oli omahoidon toteuttamisen esteenä. Verenpainemansetit olivat avomallisia. Potilaat eivät voineet kiinnittää niitä yhdellä kädellä käteensä, vaan tarvitsivat avuksi hoitajaa. Hemodialyysikoneeseen kiinnitettävät verenpainemittarien koettiin lisäävän potilaan omahoitoa, sillä hän voi hoidon alussa ohjelmoida verenpaineen ottoajat ja seurata tuloksia koneelta hoidon aikana. Potilasvaa'an todettiin olevan liian pieni, jotta siihen voi esimerkiksi pyörätuolilla mennä. Pyörätuolilla kulkeva potilas autettiin useimmiten kahden hoitajan avustamana vaa'alle. Potilassängyt olivat käsikäyttöiset ja niiden asentojen muuttamiseen potilaat tarvitsivat hoitajien apua hoidon aikana. Uuteen dialyysiin toivottiin sähkösätkyjä, jotta potilas voi itsenäisesti muuttaa omaa asentoaan hoidon alussa ja sen aikana. Tällä hetkellä hoitajilta kului paljon aikaa asentojen muuttamiseen. Hoitotuolit koettiin hankaliksi ja tilaa vieviksi. Tätä haastateltavat olivat kysyneet myös potilailta itseltään, eivätkä hekään olleet innostuneet hoitotuoleista. Osastolle toivottiin potilaille henkilökohtaisia televisioita ja radioita, joita potilaat voivat halutessaan katsoa ja kuunnella. Tällä hetkellä radioita ei ollut ja yhteisten televisioiden kanavan vaihtoon tarvittiin hoitajan apua.

Nykyisen hemodialyysiosaston sijainti vuodeosaston yhteydessä rajoitti omahoidon toteuttamista. Potilas ei voinut itse hakea potilaskeittiöstä juomaa ennen hoidon alkua tai ruokaa hoidon päätyttyä, koska siellä säilytetään vuodeosaston potilaiden ruokatarvikkeita. Koettiin, että kun hemodialyysipotilailla on oma potilaskeittiö, lisää se heidän mahdollisuuttaan toteuttaa omahoitoa. Sieltä he voivat itse hakea juomat ennen hoitoa sekä ruuan hoidon jälkeen. He voivat keittiössä lämmittää itse ruokansa sekä nauttia sen siellä ja päästä pois hoituhuoneesta heti hoidon jälkeen. Potilaskeittiön jääkaapin toivottiin olevan tilava, jotta potilaan tarjottimen saa sinne mahtumaan sellaisenaan. Näin ei tarvita hoitajan apua ruuan kokoamisessa.

4.4.3 Potilaslähtöisen hoitoprosessin käyttöönottovalmiudet

Yleisesti tiedettiin, mitä omahoito ja sen toteuttaminen hemodialyysiosastolla tarkoittavat. Potilaat osallistuivat ja ottivat kantaa omaan hoitoonsa. Tähän he tarvitsivat hoitajien ohjausta, tukea ja kannustusta sekä itseluottamuksen kohottamista. Hoitajille toivottiin koulutusta ohjauksen antamiseen. Ilmeni, että kaikkien potilaiden kanssa toimitaan tällä hetkellä melko rutiinisti, samalla tavalla. Koettiin, että omahoidon myötä hoidosta tulee yksilöllinen ja potilaslähtöisyys kasvaa. Hoitajilla oli epäilevä ennakkواسenne muutoksiin, potilaiden suhtautumisesta omahoitoon sekä sen toimivuuteen iäkkäiden potilaiden kanssa. Jo tehdyt muutokset, kuten painon kirjaaminen, eivät kuitenkaan herättäneet niin kovaa vastustusta potilailta, kuin hoitajat olivat ennakkoon ajatelleet.

Koettiin, että omahoitoa lisäävä hoitoprosessimalli toimiakseen vaatii yhteneväisen henkilökunnan, joka toimii mallin ja sovittujen asioiden mukaisesti. Todettiin, että yhteistyötä tuli tehdä Tyksin prepoliklinikan ja hemodialyysiosaston kanssa, jossa jo voitaisiin potilaan omahoitoa aloittaa. Yhtenäisesti oltiin sitä mieltä, että omahoitoa toteuttaakseen potilaan pitää olla hyväkuntoinen ja motivoitunut. Koettiin, että tällä hetkellä osa osaston potilaista on huonokuntoisia, jotka eivät kykene omahoitoon. Osa potilaista oli omatoimisia kotonaan, mutta he eivät halunneet toteuttaa omahoitoa. Joidenkin potilaiden ymmärrys hoidon merkityksestä eli miksi hoidossa käydään, koettiin puutteelliseksi. Tämän koettiin olevan esteenä omahoidon toteuttamisessa. Todettiin, että kun uusia potilaita tulee jatkossa Tyksistä, heidän kohdallaan potilaslähtöistä omahoitoa voidaan helpommin toteuttaa, kuin potilailla, jotka tällä hetkellä käyvät osastolla hoidoissa. Kun uuteen hemodialyysiosastoon muutetaan, muutosta on helpompi tehdä myös niiden potilaiden kohdalla, jotka ovat tällä hetkellä hoidossa osastolla.

Uuden omahoitoa lisäävän hoitoprosessin käyttöönoton koettiin vievän paljon aikaa. Potilaiden opettellessa uusia toimintoja, kuten hoitopöydän kokoomista tai koneen valmistelua, se vie aikaa myös hoitajalta, joka ohjaa ja valmentaa poti-

lasta. Epäiltiin, riittävätkö tähän hoitajien resurssit eli kaksi hoitajaa työvuorossa, kuten nykyään on.

4.5 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Haastatteluissa pyrittiin saamaan tietoa siitä, miten uusi omahoitoa lisäävä potilaslähtöinen hoitoprosessimalli toimii Salon aluesairaalan hemodialyysiosastolla, mitä sen käyttöönotto vaatii ympäristöltä sekä mitä valmiuksia hoitajilla on sen käyttöönotossa. Saadut vastaukset vastasivat hyvin tutkimusongelmiin ja niiden avulla projektiryhmä kehitti hoitoprosessimallia edelleen toimivammaksi. Tulokset olivat hyvin samansuuntaisia verrattuna aikaisemmin tehtyjen tutkimusten tuloksiin sekä teorian tietoihin.

Alustava hoitoprosessimalli, jonka projektiryhmä oli kehittänyt ennen haastatteluja, todettiin haastattelussa melko toimivaksi. Prosessimallia ei kokonaisuudessaan ole voitu toteuttaa, koska Tyksin hemodialyysiosastolle ei ole vielä kerrottu Salossa käyttöönotetusta toimintatavasta, joten siellä hoitohenkilöstö ei ole voinut kertoa siitä potilaalle. Hemodialyysipotilaalle on tärkeää, että hänelle kerrotaan ja aloitetaan omahoidon toimintatavat heti, kun hoidot aloitetaan (Honkanen & Ekstrand 2006, 1700). Yhteistyö koko hoitoprosessiin liittyvillä tahoilla on tärkeää omahoidon toteuttamisessa, kuten tuloksistakin ilmeni.

Hoitoprosessimallia oli aloitettu toteuttaa osastolla heti sen ensimmäisen esittämisen jälkeen kesäkuussa 2013, jolloin osa potilaista oli alkanut itse merkitä tulo- ja lähtöpainonsa seurantalomakkeelle. Hoitajat olivat huomanneet, että potilaat olivat alkaneet miettiä omaan hoitoon liittyviä seikkoja sekä ymmärtämään hoitoon liittyvien asioiden yhteyden toisiinsa. Kuten Tibbles ym. (2009, 33) toteavat, omahoidon myötä potilaan kiinnostuminen omaan vointiinsa koheenee. Ymmärryksen ja sen myötä kiinnostuksen lisääntyessä potilas alkaa pikkuhiljaa ottaa enemmän vastuuta itsestään ja hoidostaan. Kiinnostuksen myötä voidaan tukea hänen osaamistaan sekä motivoida ja kannustaa häntä tekemään omaan hoitoonsa liittyviä päätöksiä. (Routasalo ym. 2010, 1917.)

Hoitoprosessimallin toteuttamisen esteeksi todettiin nykyinen ympäristö ja tilat sekä aika ja osittain hoitovälineet. Tilojen tulee olla riittävän suuret omahoidon toteuttamiselle. Pienet ja toimimattomat tilat vaativat hoitajia tekemään paljon asioita potilaan puolesta. Tähän kului hoitajilta paljon aikaa. Kun ympäristö mahdollistaa omahoidon toteuttamista, hoitajilta jää aikaa muuhun työhön. Ah- taissa tiloissa myös potilaan tietosuoja kärsii. Laki terveydenhuollon ammatti- henkilöstä (28.6.1994/559 16 §, 17 §) sekä laki viranomaisen toiminnan julki- suudesta (21.5.1999/621 23§) määrittävät hoitohenkilöstön salassapito- ja vai- tiolovelvollisuutta. Ohjaustilanteessa ja omahoitoa tukiessa on tärkeää puhua potilaalle avoimesti tämän lähtökohdista (Munuais- ja maksaliitto 2013b). Kun vieressä on useampi potilas, haittaa se yksityisyyttä sekä avoimuutta hoitajan ja potilaan välillä (Tolvanen 2010, 36). Toisaalta voi miettiä, voiko samassa tilan- teessa oleville potilaille antaa ohjausta samanaikaisesti, jolloin he voivat toimia toistensa tukena. Edellä mainitut esteet ympäristöstä ja tiloista toivottiin muuttu- van osaston siirtyessä uuteen, suurempaan, omahoitoa mahdollistaviin ja tuke- viin tiloihin.

Uuden toimintatavan käyttöönotto vie aikaa, koska se tarvitsee uudenlaisen toiminta- ja ajattelutavan omaksumista niin hoitajien kuin potilaidenkin keskuu- dessa. Richardin (2006, 392) mukaan omahoitoa aloitettaessa vie paljon aikaa, kun potilaalle esitetään omahoidon hyödyt. Omahoidon ohjaamiseen ja opetta- miseen kuluu hoitajien aikaa. Sen pitää olla jatkuvaa varsinkin alkuvaiheessa. (Tolvanen 2010, 40.) Toisaalta, kun rutiinit poistuvat, vapautuu enemmän aikaa muun muassa ohjaukseen ja niiden potilaiden hoitoon, jotka ovat omahoitoon kykenemättömiä. Paitsi suotuisa ympäristö ja riittävästi aikaa, potilasohjaukseen koettiin tarvitsevan myös koulutusta.

Joitakin hoitovälineitä potilaat eivät voi tällä hetkellä itsenäisesti käyttää, vaan niiden käytössä tarvitaan hoitohenkilöstön apua. Omatoimisesti käytettävät hoi- tovälineet lisäävät mahdollisuutta potilaan omahoidon toteuttamiseen. Uusia hoitovälineitä tilattaessa tulisi miettiä niiden toimivuutta omahoidon kannalta. Olisi hyvä, jos kyseisiä välineitä voitaisiin hankkia jo nykyiselle osastolle.

lääkkäät potilaat, jotka ovat olleet Salossa pitkään hoidossa, ovat tottuneet tietynlaiseen hoitotapaan. He tulevat sairaalaan saamaan hoitoa. He pitävät hoitohenkilöstöä asiantuntijoina, joilta odotetaan saavan hyvää hoitoa ja hoivaa ja joille annetaan hoidon vastuu ja päätösvalta. (Malmström ym. 2005, 61.) Potilaat usein toteavat hoitajien ammattilaisena tietävän paremmin. Toisaalta hoitajat ovat tottuneet helposti tekemään potilaiden puolesta, joten uuden toimintatavan todettiin vaativan myös heiltä tietynlaista itsekuria. He kertoivat omista ennakoasenteistaan, joita luulevat pitävänsä oikeina, esimerkiksi että, potilas on kykenemätön omahoitoon. Rutiinit toisaalta koettiin hoitajien mielestä turvalliseksi niin hoitajien kuin potilaidenkin kannalta. Hoitohenkilöstön yhteistyö ja yhdenmukainen toimintatapa vaikuttavat hoidon kokonaisuuteen ja sujuvuuteen. Yhteistyötä voidaan pitää hoitajien työvälineenä, jotta voidaan toteuttaa omahoitoa yhdessä potilaan kanssa. (Tanttu 2007, 75–76.) Tämä ei tee yhdestä hyvää ja toisesta huonoa hoitajaa, kun kaikki toimivat samoin, sovittujen suunnitelmien mukaan, kuitenkin potilasta yksilöllisesti omahoitoon tukien ja motivoiden. Helpommaksi koettiin omahoidon toteuttaminen uusilla potilailla, jotka eivät ole tottuneet osaston rutiineihin ja vanhaan toimintatapaan.

Hoitohenkilöstön valmius ottaa käyttöön potilaslähtöinen, omahoitoa lisäävä hoitoprosessimalli koettiin paranevan, kun osasto siirtyy uusiin tiloihin. Ympäristön muuttuessa on helpompi ja luontevampi niin hoitajien kuin potilaiden omaksumaa uusi toimintatapa.

4.6 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa noudatettiin tutkimuseettisiä periaatteita (ETENE 2001). Tutkimuskohteena olivat Salon aluesairaalan hemodialyysiosaston sairaanhoitajat. Työn tekijä kunnioitti haastateltavien ihmisarvoa muun muassa kunnioittaen heidän itsemääräämisoikeuttaan. Haastateltaville kerrottiin tutkimuksen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta keskeyttää itseään koskeva haastattelu milloin tahansa. Heillä oli mahdollisuus kieltää itsestään kerätyn aineiston käyttäminen, eikä syytä tähän olisi tarvinnut kertoa. Ennen ryhmä-

haastatteluja heille kerrottiin tiedotteessa (Liite 2), miksi tutkimus tehdään ja mitä hyötyä siitä on. He saivat kehittämisprojektin tekijän yhteystiedot, jotta heillä oli mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä tutkimuksesta. Heille jaettiin suostumuslomake (Liite 3), jossa heille kerrottiin haastattelusta, sen tavoitteesta ja tarkoituksesta. Kirjallinen suostumus tutkimuksen osallistumiseen ja haastattelun nauhoittamiseen pyydettiin palauttamaan ennen haastattelujen alkamista. Haastattelija huolehti, että ryhmähaastattelussa jokaiselle tutkittavalle annettiin mahdollisuus vastata tasapuolisesti kysymyksiin, mutta ketään ei pakotettu vastaamaan. Tutkittaville kerrottiin tutkimuksen luottamuksellisuudesta. Aineistoa käsitteli ainoastaan tämän kehittämisprojektin tekijä ja sitä käsiteltiin niin, ettei osallistuvien henkilöllisyys tullut esille missään vaiheessa. Tutkimuksen valmistuttua tutkimusaineisto poltettiin ja nauhoitteet tyhjennettiin. Kehittämisprojektin raportoinnissa otettiin huomioon, ettei tutkittavia voinut tunnistaa. Raportissa nimiä ei ole mainittu eikä suoria vastausesimerkkejä kirjattu. Raportissa viitataan lähdemerkinnöin muiden tekijöiden tutkimuksiin, asianmukaisella tavalla tekijöitä arvostaen. (Kylmä & Juvakka 2007, 127–129, 149–151, 153–154; Hirsjärvi ym. 2010, 23–25, 261.)

Tutkimusaiheen valinta liittyy tutkimuseettisiin kysymyksiin (Hirsjärvi ym. 2010, 24). Tämän työn aihe oli ajankohtainen. Sitä ehdotettiin tekijälle käytännön kohteesta. Tekijällä oli aitoa kiinnostusta aiheeseen, koska hän on toiminut hemodialyysiosastolla vuosia.

Luotettavuuteen vaikuttaa tutkimusprosessin tarkka kirjaaminen (Hirsjärvi ym. 2010, 232). Tässä työssä ryhmähaastattelujen kulku sekä tulokset pyrittiin kirjoittamaan raportissa huolellisesti, riittävästi ja totuudenmukaisesti. Kylmän ja Juvakan (2007, 127–129) mukaan työn luotettavuuteen ja uskottavuuteen vaikuttaa se, että tekijä on riittävän pitkän aikaa tekemisissä tutkittavan asian kanssa, jotta hän ymmärtää haastatteluissa ilmi tulleet näkökulmat. Tämän työn tekijä on hemodialyysihoidon asiantuntija, sillä hän on työskennellyt useita vuosia hemodialyysiosastolla. Hän ymmärtää hemodialyysin sekä tuntee ympäristön, jossa sitä tällä hetkellä tehdään. Uskottavuuteen ja luotettavuuteen vaikuttaa työssä se, että on tutkittu sitä, mikä on ollut tavoitteena ja tarkoituksena

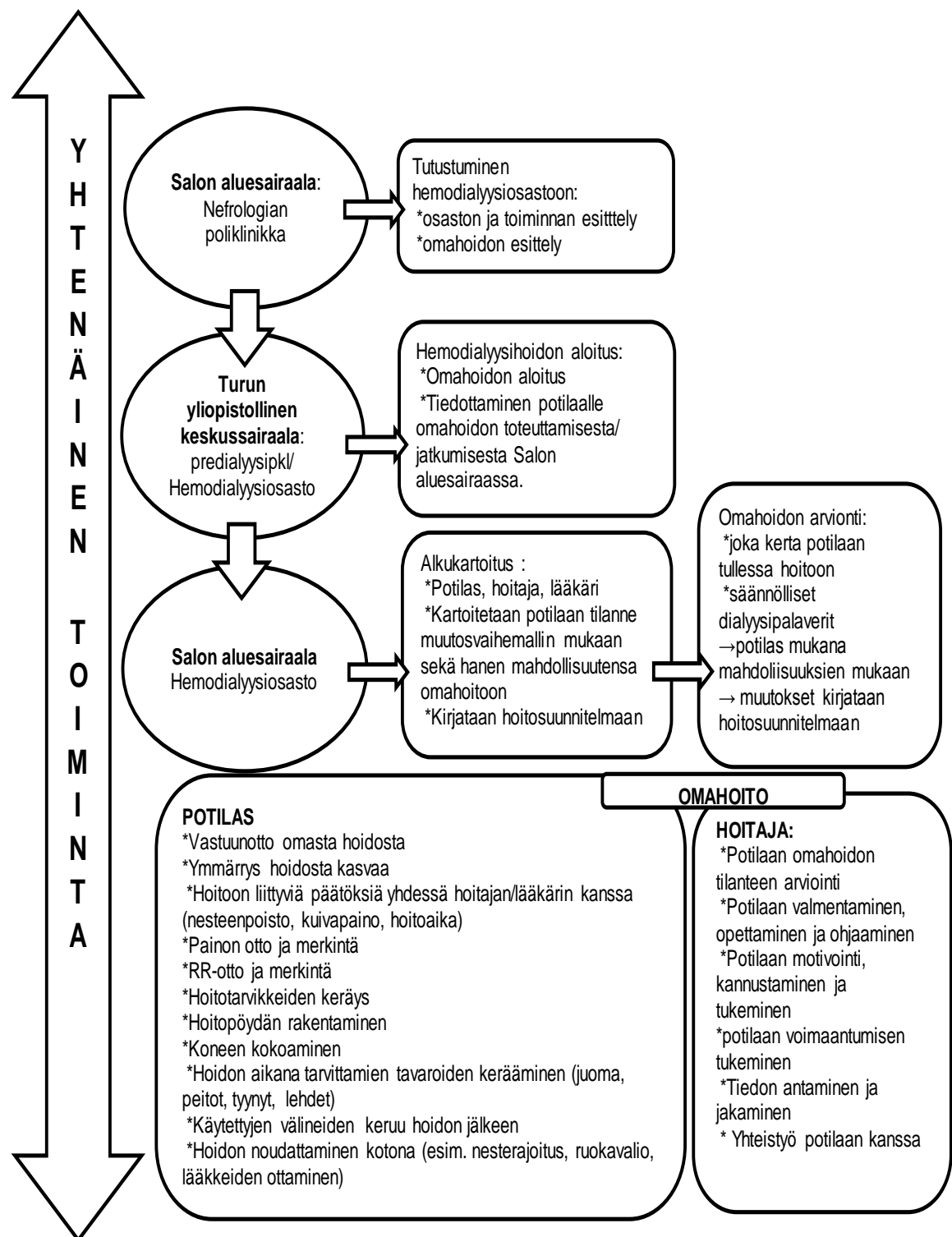
(Hirsijärvi ym. 2010, 23). Tutkimuskohteena tässä työssä oli aiheeseen liittyvät asiantuntijasairaanhoitajat, joilta haastatteluissa sai tutkimusongelmiin vastaavaa aineistoa.

Luotettavuuden liittyy tutkimuksen siirrettävyys (Kylmä & Juvakka 2007, 127, 129). Tämän työn tuloksia voidaan helposti käyttää samantyyppisillä toimenpideosastoilla tai -poliklinikoilla, joissa potilaan omahoitoa halutaan kehittää, esimerkiksi aluesairaalan infuusiopoliklinikalla, joka on toimenpidepoliklinikka. Täällä potilaat voivat käydä pitkän aikaa säännöllisesti saamassa jotakin suomensisäistä lääkitystä esimerkiksi reumasairauteen. Hoidon aloituksessa, sen aikana sekä hoidon jälkeen on mahdollisuus lisätä potilaiden omahoitoa. Kyseinen poliklinikka on suunniteltu uuden hemodialyysiosaston yhteyteen.

5 HEMODIALYYSIPOTILAAN OMAHOITOA LISÄÄVÄ HOITOPROSESSIMALLI

Potilaan oman terveystilanteen sekä taitojen ja kykyjen mukaan hänen osallistumisestaan omaan hoitoonsa voivat olla hoitoa valmistelevat toiminnot, kuten oman hoitopaikan järjestäminen tyynyin ja peitoin, verenpaineen mittaus, tarvittavien hoitoon liittyvien välineiden kerääminen ja steriilin pöydän kokoaminen sekä dialyysikoneen valmistaminen käyttöön. Hän voi myös suunnitella ja seurata hoitoaan sekä tehdä hoitoon liittyviä päätöksiä yhdessä hoitohenkilöstön kanssa. Hoidon päättyessä hän voi painaa pistopaikkojansa, kerätä käytetyt hoitotarvikkeet pois sekä viedä peitot kaappiin seuraavaa hoitokertaa varten. Potilaan omahoitoon liittyy myös nesterajoituksen, lääkityksen ja ruokavalion noudattamista kotona.

Omahoidon lisäämisessä potilas tarvitsee hoitohenkilöstön ohjausta, motivointia, tukea ja varsinkin aikaa uuden oppimiseen. Hoitohenkilöstön ajattelu- ja toimintatavan tulee tukea omahoidon toteutumista. Omahoito ei onnistu, ellei hoitohenkilöstö tue ja anna mahdollisuutta potilaan omahoidon toteuttamiseen. Kuviossa 8 esitetään tämän kehittämisprojektin tuotos eli hemodialyysipotilaiden omahoitoa lisäävä hoitoprosessimalli.



Kuvio 8. Hemodialyysipotilaan omahoitoa lisäävä hoitoprosessimalli.

Kun Salon nefrologian poliklinikalla potilaalle suunnitellaan mahdollisia dialyysihaitoja, hänelle esitellään Salon hemodialyysiosasto. Häntä kierrätetään osas-

tolla ja kerrotaan osaston toimintatavasta, omahoidon toteuttamisesta ja sen merkityksestä hemodialyysihoidoissa. Näin hän voi pohtia ja sisäistää asiaa mielessään pidemmän aikaa sekä totuttautua ajatukseen omahoidosta. Päätös potilaan hoitomuodosta tehdään Tyksin predialyysipoliklinikalla. Kun potilaalle päädytään aloittamaan hemodialyysihoidot, ne aloitetaan Tyksin hemodialyysiosastolla, jossa hänen kanssaan noudatetaan omahoidon toimintatapaa. Siellä hänelle kerrotaan Salon aluesairaalan hemodialyysiosaston toimintatavasta ja omahoidon jatkumisesta Salossa.

Ennen kuin potilas siirtyy Saloon hoitoihin, hänet voidaan kutsua Salon aluesairaalan hemodialyysiosastolle hoitosuunnitelmapalaveriin, johon osallistuvat potilaan ohella sairaanhoitaja ja lääkäri. Palaverissa tehdään alkukartoitus, jossa kartoitetaan muun muassa potilaan omahoidon toteuttamisen mahdollisuutta ja tapaa sekä motivaatiota ja ohjaustarvetta. Tässä kartoitetaan muun muassa potilaan fyysistä toimintakykyä, kuten onko hänellä joitakin liikuntarajoitteita tai sairauksia, jotka rajoittavat hänen toimintaansa. Kartoitetaan myös psyykkistä toimintakykyä, esimerkiksi muistia, sekä mikä on hänen tietonsa ja taitonsa omahoidon toteuttamiseen sillä hetkellä. Palaverissä arvioidaan hänen valmiutensa ja motivaatiotaan omahoitoon muutosvaiheen mallin mukaan. Suunnitelma kirjataan potilaan hoitosuunnitelmaan. Koko hoitohenkilöstö potilaan ohella noudattaa ja toteuttaa suunniteltua ja kirjattua hoitoa. Potilas voi siirtyä Saloon hemodialyysihoitoihin myös hyvin nopealla aikataululla eli hän on voinut saada tiedon Saloon siirtymistä hänen edellisellä käynnillään Tyksissä. Tällöin potilasta ei voida ennakolta kutsua hoitosuunnitelmapalaveriin. Tällöin potilaalle kerrotaan ensimmäiseen hoitoon tullessa, niin sanotussa yleisesittelyssä, osaston toimintatavasta. Hänen kanssaan sovitaan myöhemmin tehtävästä hoitopalaverista, jolloin hänen omahoidon suunnitelmansa tehdään ja kirjataan.

Potilas ja hoitohenkilöstö noudattavat yhdessä hoitosuunnitelmaa, jota arvioidaan jokaisen hoidon yhteydessä. Suunnitelmaan kirjataan arviota omahoidon toteuttamisesta ja sen mahdollisista muutoksista, jos esimerkiksi potilas kykenee suunnitelmaa enemmän toteuttamaan omahoitoa tai jos hän ei kykene omahoitoon suunnitellulla tavalla. Potilaan mahdollisuutta omahoitoon arvioi-

daan joka kerta, kun hän tulee hoitoon. Hän voi esimerkiksi tilapäisen fyysisen toimintakyvyn huononemisen takia olla estynyt toteuttamaan omahoitoa kyseisellä hoitokerralla. Hoitosuunnitelmaprosessin mukaan pidetään säännöllisesti dialyysipalavereja, joihin osallistuu sen päivän työvuorossa oleva henkilökunta eli ainakin yksi osaston sairaanhoitaja ja lääkäri. Myös potilas voi halutessaan osallistua palaveriin, jos palaverissa käsitellään hänen omahoidon toteuttamista ja sen arviointia. Dialyysipalavereja voidaan aluksi pitää säännöllisesti esimerkiksi kerran kuukaudessa tai useammin, jolloin voidaan arvioida ja kehittää potilaslähtöisen omahoitoa lisäävän hoitoprosessimallin toteuttamista yleisesti osastolla. Säännöllisten palaverien pitämällä taataan hoitoprosessimallin käyttöönotto, sen mukaan toimiminen ja toiminnan arviointi. Hoitoprosessimallilla voidaan edelleen kehittää hemodialyysin toimintaa ja hemodialyysipotilaiden omahoitoa.

Potilaslähtöinen omahoitoa lisäävä hoitoprosessimalli vaatii yhteistoimintaa koko hoitoprosessiin osallistuvilta tahoilla. Se voidaan ottaa käyttöön kokonaisuudessaan, kun se tullaan esittämään Tyksin hoitohenkilöstölle sairaanhoitopiiriin niin sanotussa dialyysien sektoripalaverissa, joita pidetään 1 – 2 kertaa vuodessa. Palaveriin osallistuu Tyksin hemodialyysiosastojen sekä alueen jokaisen satelliittiyksikön hoitohenkilöstöä.

Uuden hoitoprosessimallin mukainen omahoidon lisääminen sopii ajallisesti hyvin, koska hemodialyysiosasto muuttaa fyysisesti uuteen paikkaan ja olosuhteissa tulee muutoksia. Jo pelkät rakenteelliset muutokset voivat tukea omahoidon lisäämistä. Tosin pitkään nykyisellä osastolla käyneillä, vanhat hoitotavat omaavilla potilailla voi olla haastetta omahoidon lisäämiseen, mutta kun hemodialyysiosastolle tulee uusi potilas, voidaan hänen kanssaan alkaa alusta lähtiä toteuttaa uuden hoitoprosessimallin mukaista hoitoa.

6 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI

Tämän kehittämisprojektin tavoite ja tarve koettiin ajankohtaisiksi ja tarpeellisiksi, kun Salon aluesairaalan hemodialyysiosasto on rakentamishankkeessa saamassa uudet tilat. Omahoidosta on jo vuosia puhuttu Salon hemodialyysiosastolla, koska se on ollut toimintatapana Tyksissä jo silloin, kun Saloon perustettiin nykyinen osasto. Aihe kiinnosti projektipäällikköä, koska hän on toiminut useita vuosia hoitajana osastolla.

Kehittämisprojekti sujui yllättävän hyvin, suunnitelmien mukaan. Aikataulussa edettiin nopeammin kuin alun perin suunniteltiin. Ohjausryhmä ohjasi ja kannusti projektipäällikköä työn tekemisessä ja eteenpäin viemisessä. Ohjausryhmän merkitys oli erittäin suuri työn etenemisessä aikataulussaan. Sen ohjeistuksella projektiryhmä kokoontui ensimmäisen kerran aikaisemmin kuin oli työsuunnitelmassa suunniteltu.

Hemodialyysiosaston henkilökunta suhtautui ensin hieman epäilevästi kehittämisprojektiin. Lähinnä ajateltiin, että kun osaston potilaat ovat iäkkäitä ja tiettyyn toimintatapaan tottuneita, niin omahoidon toteuttaminen ei tule heiltä onnistumaan. Kun hoitohenkilöstö sai asianmukaista tietoa ja miettimisaikaa, mielipiteet muuttuivat myönteisemmäksi. Osastolla kokeiltiin omahoitoa niin, että potilaat itse kirjasivat painon seurantalomakkeelle. Tämä muutos sujui hyvin. Tällä on osansa siihen, että lopulta kehittämistyö otettiin osastolla myönteisesti vastaan ja innostusta omahoidon kehittämiseen lisääntyi projektityön edetessä. Haastatteluihin osallistui koko henkilökunta, ja ne sujuivat sovitusti ja ongelmitta. Niissä käytiin runsaasti keskustelua ja uusia ajatuksia omahoidon käyttöönottamisesta.

Projektipäällikkönä toimiminen sujui hyvin, vaikka työn tekijä ei ole aikaisemmin tässä tehtävässä toiminut. Tähän vaikutti kaikki se tuki ja ohjaus, mitä projektipäällikkö sai työn tekemisen aikana ohjaavalta opettajalta, mentorilta sekä ohjaus- ja projektiryhmältä. Projektipäällikköä kiinnosti työn aihe, mikä vaikutti

osaltaan työn sujumiseen. Riskit, joita työn tekemisen esteeksi tai aikataulun muutokseen arvioitiin, vältettiin.

Kehittämisprojektin projektiryhmä saatiin koottua yllättävän helposti. Kaikki etukäteen suunnitellut henkilöt myöntivät ryhmään osallistumiseen. Projektiryhmä kokoontui kaksi kertaa toukokuussa 2013 ja kerran marraskuussa 2013. Kahden ensimmäiseen kokoontumiseen osallistuivat kaikki neljä ryhmän jäsentä, viimeisestä yksi asiantuntijasairaanhoitaja oli poissa. Yhteiset, sopivat kokoon-tumisajat saatiin sovittua helposti ja nopeasti sähköpostitse. Tähän vaikutti se, että jokainen projektiryhmän jäsen tunsu toisensa entuudestaan ja kommuni-kointi ryhmän jäsenten välillä on helppoa. Projektiryhmän jäsenet ottivat projek-tipäällikön esittämän kehittämistyön myönteisesti vastaan. Yhdessä avoimesti ja luottamuksellisesti keskustellen ja innovatiivisia, toteutettavissa olevia keinoja omahoidon lisäämiseksi löydettiin melko helposti. Projektipäällikkö kokosi näistä uuden potilaslähtöisen hoitoprosessimallin. Haastattelujen jälkeen hoitoproses-simallia muokattiin lopulliseen versioon vastausten mukaisesti. Projektiryhmä mietti myös ratkaisuja, miten taataan ja tuetaan uuden potilaslähtöisen hoito-prosessimallin käytön jatkuvuus, kun tämä kehittämistyö päättyy. Paras ratkaisu oli säännöllisten dialyysipalaverien pitäminen kuukausittain. Niissä käsitellään omahoitoa yleisesti tai tietyn potilaan omahoitoa. Tärkeänä pidettiin myös koko hoitohenkilöstön sitoutumista hoitoprosessimallinmukaiseen toimintaan. Tähän voidaan vaikuttaa edellä mainituilla palavereilla.

Projektipäällikkö otti vastuun säännöllisistä mentoritapaamisista, joita alussa oli noin kuukauden välein. Tapaamiset harventuivat lopulla noin 2 kuukauden vä-leiksi. Mentorin antama ohjaus oli merkityksellistä ja tärkeää tämän työn eteen-päin viemisessä. Mentori osasi herättää projektipäällikön ajatuksia. Hän laitto projektipäällikön ajattelemaan aihetta eri puolilta ja ohjasi työn eteenpäin viemi- sessä ja ”oikealla polulla pysymisessä”.

7 POHDINTA

Kun potilas tulee sairaalaan, hän usein odottaa saavansa sieltä asiantuntijoiden antamaa hoitoa tarvitsematta itse tehdä mitään (Kangas 2005, 6). Yksilöllinen, potilaslähtöinen hoito lähtee siitä, että potilas osallistuu häntä koskeviin päätöksiin ja toimiin, jolloin potilastyytyväisyys lisääntyy. Omahoidossa hän ottaa itse hoidostaan vastuuta ja tekee hoitoaan koskevia päätöksiä, jolloin hoitajien rooli muuttuu. Hoitaja toimii tasavertaisena potilaan kanssa antaen tälle omahoitoon liittyvää ohjausta ja opastusta potilaslähtöisesti. Ohjaukseen liittyy potilaan tukeminen ja motivointi. Myös hänen voimaantumistaan tuetaan. Näillä pyritään herättämään potilaassa itseluottamusta ja varmuutta siihen, että hän kykenee toimimaan omahoidon mukaisesti sekä ottamaan osaltaan vastuuta. Ohjauksessa on otettava huomioon potilaan lähtökohdat sekä mietittävä muutosmallin mukaan, kuinka valmis hän on sillä hetkellä omahoitoon. Tällöin osataan antaa hänelle juuri oikeata ohjausta ja tukea. Hoitoprosessiajattelussa potilas osallistuu alusta lähtien yhdessä hoitohenkilöstön kanssa hoidon suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin (Vuokko ym. 2011, 30).

Salon aluesairaalan hemodialyysiosaston hoitohenkilöstö suhtautui omahoitoa lisäävään potilaslähtöiseen hoitoprosessimalliin kehittämisprojektin edetessä myönteisesti. Kehittämisprojektin alussa he suhtautuivat epäilevästi kehittämisprojektin aiheeseen. Tehdyissä ryhmähaastatteluissa ilmeni kuitenkin innostusta omahoidon kehittämisestä. Hoitohenkilöstön keskuudessa on edetty muutosvaiheenmallin mukaan esipohdinta-pohdintavaiheesta valmisteluvaiheeseen, jossa muutosta kokeillaan (Prochaska & Diclemente 1983). Kehittämistyön edetessä, hoitajien mielenkiinto projektiin ja sen sisällön kehittämiseen on kasvanut. He ovat keskuudessaan havainneet potilaslähtöisen omahoidon tarpeellisuuden ja käyttökelpoisuuden omassa työssään. Heidän mielestään malli on käyttökelpoinen, kun hemodialyysi saa uudet tilat.

Osaston tilat, ympäristö ja sijainti vuodeosaston yhteydessä, aika sekä osin hoitovälineet ovat esteenä omahoidon toteuttamiselle nykyisellä osastolla. Siitosen mukaan (1999, 82, 93) ympäristöllä on suuri merkitys esimerkiksi potilaan voi-

maannuttamisessa ja voimaantumisen ilmenemisessä. Jotta muutosta saadaan, tarvitaan suunniteltu suurempi tila, jossa pystytään ympäristö luomaan turvalliseksi sekä luotettavaksi. Tarvitaan myös yksilöllisempää suunnittelua niin kalusteiden kuin hoitovälineidenkin hankinnassa. Hemodialyysiosaston hoitohenkilöstön asiantuntijuutta tulee käyttää hankintasuunnittelussa, jotta esimerkiksi hoitovälineet tukevat omahoitoa parhaalla mahdollisella tavalla.

Tämänhetkiset potilaat ovat käyneet Salossa jo pitkään ja ovat tottuneet tiettyyn toimintatapaan. Uuden toimintatavan käyttöönotto vaatii paljon aikaa ja työtä, eivätkä kaikki siihen kykenevät suostu muuttamaan toimintatapaansa. Hoitohenkilöstö kokee tarvitsevansa koulutusta omahoidon ohjaukseen, jotta eri muutosvaiheessa olevien potilaiden tukeminen ja kannustaminen sujuvat hyvin.

Koko henkilöstön yhteistyön Salon aluesairaalassa sekä yhteistyön Tyksin hemodialyysiosastojen ja poliklinikan kanssa tulee olla saumatonta ja tukevaa, jotta malli voidaan ottaa käyttöön. Uuden mallin mukaisen toiminnan käyttöön tarvitaan johtoportaan tuki, mietittäessä esimerkiksi koulutusta sekä hoitohenkilöstön osallistumista kalusteiden ja uusien hoitovälineiden hankintaan. Hoitoprosessimallin mukainen toiminta ei ole käytössä Loimaan eikä Uudenkaupungin aluesairaalojen hemodialyysiosastoilla. Mallin esittämisen ja käyttöönoton myötä on mahdollista ottaa kyseinen malli käyttöön myös muissa satelliittiyksiköissä, jolloin toiminnasta tulee yhdenmukaista koko sairaanhoitopiirin alueella.

Kaiken kaikkiaan tämän kehittämisprojektin tuotos eli potilaslähtöinen omahoitoa lisäävä hoitoprosessimalli on käyttökelpoinen työväline hemodialyysiosastolla. Jatkossa voitaisiin tehdä tutkimus, joka selvittää mallin käyttöönoton ja omahoidon toteutumisen Salon aluesairaalan hemodialyysiosastolla. Voidaan tutkia, miten mallin käyttöönotto ja omahoidon toteuttaminen ovat lähteneet sujumaan. Tätä voisi tutkia sekä hoitohenkilöstön että potilaiden näkökulmista. Potilailta voitaisiin myös selvittää, miten he ovat kokeneet omahoidon hemodialyysiosastolla.

LÄHTEET

- Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikutavuus ja keinot. *Duodecim* 21, 2266–2272.
- Anderson, RM. & Funnell, MM. 2010. Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counselling* 79, 277–282.
- Alasuutari, P. 2011. Laaadullinen tutkimus 2.0. Inprint. Riika.
- Cronk, NJ., Knowles, N., Peace, L., Russell, CL., Matteson, M. & Ponferrada, L. 2012. Acceptability of Motivational Interviewing Among Hemodialysis Clinic Staff: A pilot Study. *Nephrology Nursing Journal* 39, 385–391.
- Doss, S., DePascal, P. & Hadley, K. 2011. Patient-nurse partnership. *Nephrology Nursing Journal* 38, 115–124.
- ETENE. 2001. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalouden eettinen neuvottelukunta. Viitattu 25.11.2013. <http://www.etene.fi>
- Finne, P. & Grönhagen-Riska, C. 2007. Dialyysipotilaiden ennuste on parantunut viime vuosina. *Suomen Lääkärilehti* 62, 3039–3040.
- Heinonen, K. 2007. Terveystieteen motivoiva ohjaus. *Diabetes ja lääkäri* 12, 24–28.
- Hemodialyysipotilaan hoitopolku. 2012. Salon aluesairaalaakuvaus 13.12.2012.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2008. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino. Helsinki.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.–16. painos. Kariston kirjapaino Oy. Hämeenlinna.
- Honkanen, E. 2011. Dialysbehandling av kronisk njursjukdom i dag. *Finska Läkaresällskapet Handlingar* 2, 7–12.
- Honkanen, E. & Ekstrand, A. 2006. Munuaisten kroonisen vajaatoiminnan dialyysihoito. *Suomen Lääkärilehti* 16–17, 1699–1704.
- Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19, 51–62.
- Jääskeläinen, M. 2011. T-Pro projektit. Viitattu 21.1.2013. <http://www.tyks.fi/fi/t-pro/38156/>
- Kangas, T. 2005. Diabeetikon rooli muuttuu – muttei ongelmitta. *Diabetes ja Lääkäri* 4, 6–9.
- Koivuranta-Vaara, P. (toim.). 2011. Terveystieteen laatuopas. Kuntaliitto. Helsinki.
- Korvenranta, H. & Särkkä, M. 2010. TYKSin toiminnan ja organisaation muutos – T-pro. Hanke-suunnitelma. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Viitattu 8.12.2013. <http://www.tyks.fi/fi/5831/>
- Koski-Jännes, A. 2008. Motivoiva haastattelu. Tampereen yliopisto. Viitattu 19.1.2013. <http://www.duodecim.fi>
- Koski, S. 2010. Diabetesbarometri 2010. Suomen Diabetesliitto. Kehitys Oy.

- Kouhula, S. 2008. Dialyysipotilaan toivon elävöittäminen hoitotyössä - dialyysihoitajan kuvaus dialyysipotilaan toivosta, siihen liittyvistä tekijöistä ja auttamismenetelmistä. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Edita. Helsinki.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2013. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 20.1.2013. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi>
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystuhoonhenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 18, 4–13.
- Laki potilaan asemesta ja oikeuksista 17.8 1992/785. Viitattu 2.1.2014. <http://www.finlex.fi>
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994/559. Viitattu 2.1.2014. <http://www.finlex.fi>
- Laki viranomaisen toiminnan julkisuudesta. 21.5.1999/621. Viitattu 2.1.2014. <http://www.finlex.fi>
- Lehtinen, R. 2012. Sairaanhoitaja. Salon aluesairaala. Haastattelu 14.2.2012.
- Linnajärvi, U. 2010. Perusterveydenhuollon henkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Lillrank, P. & Parvinen, P. 2004. Omistaja, prosessi, potilas. Suomen Lääkärilehti 59, 105–1055.
- Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45, 121–135.
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistopaino.
- Malmström, R., Muroma-Karttunen, R. & Honkanen, E. 2005. Kotihemodialyysin uusi aika Suomessa. Suomen Lääkärilehti 60, 57–60.
- Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Käypä hoito -suositus. Viitattu 26.1.2013. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/.../nix01668>
- Metsärinne, K. 2006. Dialyysipotilas tänään. Suomen Lääkärilehti 61, 1713–1715.
- Munuais- ja maksaliitto. 2013a. Munuaistautipotilaan opas. Viitattu 3.1.2014. http://www.musili.fi/munuaispotilaan_opas/munuaispotilaan_opas
- Munuais- ja maksaliitto. 2013b. Munuaispotilaan hyvän hoidon kriteerit. Viitattu 3.1.2014. http://www.musili.fi/files/505/hyvahoidonkriteerit_netti.pdf
- Mustajoki, P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? Suomen Lääkärilehti 42, 4235–4237.
- Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 19.1.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147
- Parkkamäki, S. 2013. Voimaantumiseen pohjautuvat tyypin 2 diabeteksen omahoidon tuki apteekissa: Esimerkkinä Mäntyharjun Havu-apteekki. Helsingin yliopisto. Farmasian tiedekunta. Väitöskirja.

- Prochaska, JO. & DiClemente, CC. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 3, 390–395.
- Prochaska, JO. & Norcross, JC. 2001. Stages of change. *Psychotherapy* 38, 4, 443–448.
- Prochaska, JO., Velicer, WF., Rossi, JS., Goldstein, MG., Marcus, BH., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, LL., Redding, CA., Rosenbloom, D. & Rossi, SR. 1994. Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology* 13, 39–46.
- Pyörälä, E. & Hietanen, P. 2011. Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillista kehittymistä. *Suomen Lääkärilehti* 6, 469–473.
- Reid, C., Hall, J., Boys, J., Lewis, S. & Chang, A. 2011. Self-management of hemodialysis for end stage renal disease. *JBIC* 9, 69–103.
- Richard, CJ. 2006. Self-management in adults undergoing hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal* 33, 387–394.
- Rosansky, SJ., Eggers, P., Jackson, K., Glasscock, R. & Clark, WF. 2011. Early start of haemodialysis may be harmful. *Internal Medicine* 17, 396–403.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2010. Pitkäaikaissairaalan omahoidon opetus. *Suomen Lääkärilehti* 65, 1917–1923.
- Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim* 125, 2351–2359.
- Routasalo, P. & Pitkälä, K. 2009. Omahoidon tukeminen. *Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Forssa. Forssan kirjapaino.*
- Ruuth-Setälä, A. 2013. Suunnittelija. Salon aluesairaala. Haastattelu 15.1.2013.
- Saarelma, O., Lommi, M-L., Hemminki, A., Leppäkoski, A-M. & Siefen, L. 2008. Toimiva hoitomalli pitkäaikaissairaiden hoitoon. *Suomen Lääkärilehti* 63, 4441–4448.
- Saha, H. 2008. Munuaispotilaan dialyysi vai konservatiivinen hoidon optimointi? *Suomen Lääkärilehti* 63, 3659–3663.
- SAS 2016 -hanke. 2011. Projektityön kuvaus.
- Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Oulun yliopisto. Kasvatustieteen laitos. Väitöskirja.
- Sirkka, J. 2010. Perheiden kokemuksia kotihemodialyysistä ja hoitohenkilökunnalta saamastaan ohjauksesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Suomen munuaistautirekisterin vuosiraportti. 2011. Viitatu 3.1.2014.
http://www.musili.fi/files/833/Munuaistautirekisteri_vuosiraportti_2011.pdf
- Säynäjäkangas, O., Andersen, H., Lampela, P. & Keistinen, T. 2011. Terveystyömalli sopii hyvin astmapotilaan pitkäaikaishoitoon. *Suomen Lääkärilehti* 8, 664–665.
- Tanttu, K. 2007. Palveluketjujen hallinta julkisessa terveydenhuollossa. Prosessilähtöisen toiminnan hallinta koordinoinnin näkökulmasta. Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja terveyshallintotiede. Väitöskirja.
- Tibbles, R., Bovill, L., Breen, C. & Vinen, K. 2009. Haemodialysis: a self-care service. *Nursing Management* 15, 28–34.

Tolvanen, V. 2010. Hemodialyysipotilaiden kokemuksia hoidostaan ja heidän hoitoonsa liittyviä kehittämis ehdotuksia, jotka vaikuttavat potilastyytyväisyyteen, hoitotyön johtamiseen ja työyhteisöön. Pohjois-Karjalan ammattikoulu. Opinnäyte YAMK.

Tuorila, H. 2009. Terveyspalvelut ja potilaiden voimaantuminen. Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja 2009, 102–118. Viitattu 28.12.2013.

http://www.kuluttajatutkimuskeskus.fi/files/5403/04_tuorila_terveyspalvelut.pdf

Varjokumpu, V. 2012. Omahoitoa tukeva ohjauskeskustelumalli allergia- ja astmaohjaukseen. Turun ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyö YAMK.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2007–2015. 2006.

Virtanen, H., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2007. Empowering discourse in patient education. Patient Education and Counseling 66, 140–146.

Virtanen, P., Suoheimo, M., Lamminmäki, S., Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöisten sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus 281/2011. Helsinki.

Vuokko, R., Mäkelä, M., Komulainen, J. & Meriläinen O. 2011. Terveystenhuollon toimintaprosessit. Terveystenhuollon yleiset prosessit ja niiden tarkoitukset. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 53/2011. Helsinki.

Vuorenmaa, A. 2005. Hoitoprosessin ohjauksen kehittäminen: case Töölön sairaalan ensiapu. Jyväskylän yliopisto. Tietojenkäsittelytieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

RYHMÄHAASTATTELUN KYSYMYKSET

1. Miten toimivaksi koette potilaslähtöisen hoitoprosessimallin?
 - a. Miten tulkitsette hoitoprosessimallin?
 - b. Mitä hyvää hoitoprosessimalli mielestänne sisältää?
 - c. Mitä hoitoprosessimalli mielestänne antaa hoitajalle?
 - d. Mitä hoitoprosessimalli mielestänne antaa potilaalle?
 - e. Mitä hoitoprosessissa pitää mielestänne muuttaa?
 - f. Mitä hoitoprosessissa voi mielestänne vielä kehittää?
2. Mitä potilaslähtöinen hoitoprosessimallin käyttöönotto vaatii ympäristöltä?
 - a. Mitä ympäristön kiinteät kalusteet vaikuttavat mielestänne hoitoprosessimallin toteuttamiseen?
 - b. Miten ympäristön muut olosuhteet, kuten valaistus vaikuttavat mielestänne hoitoprosessin toteuttamiseen?
 - c. Miten ympäristön hoitovälineet vaikuttavat mielestänne hoitoprosessimallin toteuttamiseen?
 - d. Miten ympäristön etäisyydet vaikuttavat mielestänne hoitoprosessimallin toteuttamiseen?
3. Mitä valmiuksia teillä on ottaa käyttöön potilaslähtöinen hoitoprosessimalli?
 - a. Mitä hoitoprosessimallin toteuttaminen mielestänne vaatii hoitajalta?
 - b. Mitä hoitoprosessimallin toteuttaminen mielestänne vaatii potilaalta?
 - c. Mitä potilaan omahoito mielestänne vaatii hoitajalta?
 - d. Mitä potilaan omahoito mielestänne vaatii potilaalta?

TIEDOTE

Hyvä Sairaanhoidaja!

Tutkimuksen tavoitteena on tehdä potilaslähtöinen hoitoprosessimalli Salon aluesairaalan suunnitteilla olevalle hemodialyysiosastolle. Tarkoituksena on kehittää hemodialyysipotilaan eri hoitovaiheita osastolla lisäämällä potilaslähtöistä omahoitoa. Tällä pyritään lisäämään potilaan motivoitumista, kiinnostusta ja vastuuta omasta hoidostaan sekä parantamaan hänen elämänlaatuansa. Tarkoituksena on, että hoitajat ottavat käyttöönsä prosessin mukaisen toimintatavat potilaan omahoidon lisäämiseksi ja se myötä muuttavat omaa toimintaa potilaan omahoitoa tukevaksi ja mahdollistavaksi.

Tutkimusaineistoa kerätään Salon aluesairaalan hemodialyysiosastolla työskenteleviltä sairaanhoidajilta (N = 8). Aineiston keruu tapahtuu ryhmähaastatteluina marraskuun 2013 aikana. Haastattelun kesto on noin 1½ tuntia ja se tullaan nauhoittamaan. Aineistoa hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavan kehittämisprojektin hemodialyysipotilaan hoitoprosessimalliin. Hemodialyysipotilaan hoitoprosessimalli-tutkimus on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, joka liittyy Salon aluesairaalan SAS 2016 -hankkeeseen. Tutkimukselle on saatu lupa Salon aluesairaalan johtavalta ylihoitajalta. Tutkimuksesta saa lisätietoja

Nimi

Sari Karlstedt, YAMK-opiskelija

Kehittämisen ja johtamisen koulutusohjelma

puhelinnumero

sähköpostiosoite

Opinnäytetyön nimi: Hemodialyysipotilaan hoitoprosessimalli
Päiväys xxx

Hyvä sairaanhoitaja!

Kohteliaimmin pyydän Sinua osallistumaan ryhmähaastatteluun, jonka tavoitteena on selvittää, miten uusi potilaslähtöinen hoitoprosessimalli toimii dialyysihoitajien mielestä Salon aluesairaalan dialyysiosastolla. Tarkoituksena on selvittää, mitä mallin käyttöönotto vaatii, jotta se voidaan ottaa käyttöön sekä saadun tiedon avulla kehittää hoitoprosessimalli toimivammaksi hemodialyysiosaston käyttöön. Haastattelu tullaan nauhoittamaan.

Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana Salo 2016 -hankkeeseen. Lupa aineiston keruuseen on saatu Salon aluesairaalan Johtavalta ylihoitajalta xxx xxx. Suostumuksesi haastateltavaksi vahvistat allekirjoittamalla alla olevan Tietoinen suostumus haastateltavaksi -osan ja antamalla sen haastattelijalle haastattelun alkaessa.

Sinun osallistumisesi ryhmähaastatteluun on erittäin tärkeää hoitoprosessin kehittämiseksi. Haastattelun tuloksia tullaan käyttämään niin, ettei yksittäinen haastateltava ole tunnistettavissa. Sinulla on täysi oikeus keskeyttää haastattelu ja kieltää käyttämästä Sinuun liittyvää aineistoa, jos niin haluat. Haastatteluaineisto hävitetään tutkimuksen valmistumisen jälkeen.

Tämä aineiston keruu liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on xxx xxx, Yliopettaja, Turun amk/Terveysala.

Osallistumisestasi kiittäen

Sari Karlstedt
Sairaanhoitaja/YAMK-opiskelija
Yhteystiedot
puhelinnumero
sähköpostiosoite

Tietoinen suostumus haastateltavaksi

Olen saanut riittävästi tietoa hemodialyysipotilaan hoitoprosessimalli-opinnäytetyöstä, ja siitä tietoisena suostun haastateltavaksi.

Päiväys _____ Allekirjoitus _____

Nimen selvennys _____

Yhteystiedot (tarvittaessa) _____